This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

HC 1Y4F /

Y, 207

Bd. May, '78.

The gift of
Dr. Amussat, fils,
of Paris, France.
2 March, 1878.

Harward University
Offert par le Dr Amussat fils

MEMOIRES

SUR

L'ENTÉROTOMIE

DU

GROS INTESTIN

PAR

J. Z. AMUSSAT

PARIS
LIBRAIRIE DE GERMER-BAILLÈRE

1856

MÉMOIRES

SUR

L'ENTÉROTOMIE

DU GROS INTESTIN

PAR

J.-Z. AMUSSAT

PARIS

LIBRAIRIE DE GERMER BAILLIÈRE

PLACE DE L'ODÉON, 2

1856

V, 207

1872, March 2.

Dr. Amussat, fils

of Paris, France.

BOSTON MEDICAL LIBRARY
IN THE
FRANCIS A. COUNTWAY
LIBRARY OF MEDICINE

OBSERVATION

SUR

UNE OPÉRATION D'ANUS ARTIFICIEL

PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ

A la région anale d'un enfant nouveau-né, dans un cas d'absence congénitale du rectum

SUIVIE DE

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LES OBTURATIONS DU GROS INTESTIN

PAR J.-Z. AMUSSAT

Lue à l'Institut, dans la séance du 2 novembre 1835

Le 8 septembre dernier, je fus réveillé au milieu de la nuit par une dame anglaise que m'avait adressée le docteur Dubreuil, mon ami. Elle me remit une lettre de M. Déneux, adressée à M. Blandin, qui ne s'était pas trouvé chez lui. Dans cette lettre, M. Déneux dit « qu'il s'agit d'un enfant nouveau-né qui a une occlusion des gros intestins; l'anus est bien conformé; l'intestin rectum communique avec le vagin, et l'obstacle paraît très-élevé ».

A une ou deux heures du matin, j'arrive chez M. B..., Anglais, demeurant au rond-point des Champs-Élysées. J'y trouve M. Déneux, qui avait accouché M^me^ B.... Il me dit que l'enfant était né du 6 septembre à quatre heures du soir, et qu'il avait par conséquent trente-trois ou trente-quatre heures d'existence; que cependant il n'avait pas encore rendu de méconium.

La nourrice nous dit que l'eau tiède injectée par l'anus ressortait par la vulve. Cette femme nous assura qu'elle avait trouvé les langes imbibés d'urine. Le fait nous parut douteux.

Ce premier enfant d'un second mariage, quoique né à sept mois, me parut bien constitué et plein de vie; cependant le ventre était dur et rebondi, l'anus et la vulve étaient bien conformés. Une canule flexible, introduite par l'anus, pénétrait facilement jusqu'à 5 centimètres (2 pouces environ). Une injection poussée par cette voie ressortait immédiatement par la vulve. Une sonde introduite dans le vagin par la vulve rencontrait facilement la canule introduite par l'anus.

Nous pensâmes que le rectum était obturé à 5 centimètres (2 pouces environ), et qu'il communiquait avec le vagin; c'est-à-dire que nous crûmes reconnaître l'existence d'une fistule *recto-vaginale*; en d'autres termes, *que la cloison mitoyenne n'existait pas dans une assez grande étendue.*

Pendant l'exploration, qui fut assez longue, la nourrice trempait son petit doigt dans de l'eau sucrée, et le donnait à sucer à l'enfant. Après avoir de nouveau soigneusement constaté ce que je viens de dire, notre premier soin fut d'en prévenir les parents de l'enfant. Notre déclaration leur fit connaître qu'il n'y avait que deux moyens pour donner issue au méconium, savoir :

1° Par l'anus ou la voie naturelle;

2° Par l'abdomen.

Il nous fut facile de leur faire comprendre le danger de l'une et de l'autre opération, ainsi que leurs inconvénients respectifs. Et nous ajoutâmes que, dans le cas où nous réussirions à trouver le rectum par le vagin, il y aurait nécessairement une communication entre l'intestin et le conduit vaginal. Malgré notre déclaration, les parents rejetèrent aussitôt l'idée de l'opération de Littre, et pensèrent avec

nous qu'il valait mieux chercher à rétablir les voies naturelles, même avec les inconvénients d'une fistule, que d'en établir une nouvelle à l'abdomen. Il fut donc convenu que nous irions à la recherche du rectum interrompu.

Je proposai dans ce but de dilater l'anus avec une éponge préparée.

A quatre heures du matin, un morceau de ce corps spongieux, long de 4 centimètres (18 lignes environ), moins gros que le petit doigt et attaché à l'une de ses extrémités par un fil, fut introduit dans l'anus et soutenu par une compresse carrée et un bandage en T. Il fut convenu que je viendrais à huit heures du matin pour placer une autre éponge plus longue et plus grosse, et que nous nous réunirions de nouveau à midi pour faire une opération s'il y avait lieu.

A huit heures, je retirai l'éponge humide et gonflée; elle avait fortement dilaté l'anus. Je pus y introduire le petit doigt, que je fis paraître facilement à la vulve; mais je fus arrêté plus haut par un cul-de-sac. Comme il était douteux que l'enfant eût uriné, j'allai à la recherche de l'urètre avec une petite sonde droite d'argent, sans néanmoins reconnaître à la vue ce conduit excréteur. La petite fille urina cependant avec assez d'abondance, pendant mes recherches, sans doute parce que j'avais titillé le méat urinaire avec ma sonde. Une nouvelle éponge, un peu plus forte que la première et un peu plus longue, fut introduite dans l'anus où elle demeura soutenue, comme je l'ai déjà dit.

A midi, suivant nos conventions, M. Déneux revint avec moi pour délibérer sur le parti à prendre. Je fis admettre à la consultation M. Lebaudy, qui m'avait témoigné le désir d'y assister.

Après avoir ôté l'éponge, qui avait de nouveau fortement dilaté l'anus, j'introduisis profondément mon petit doigt par cette ouverture, sans pouvoir reconnaître autre chose que

le cul-de-sac dont j'ai déjà parlé. Je fis encore avec facilité paraître le bout de mon petit doigt à la vulve. MM. Déneux et Lebaudy en firent autant.

Nous cherchâmes alors à reconnaître si nous ne découvririons pas le rectum distendu par le méconium, afin de le perforer.

Les parents furent avertis que, dans ce dernier cas, il y aurait nécessairement une fistule recto-vaginale. Peu satisfait de notre exploration, et, quoique l'enfant fût déjà bien fatiguée, je me décidai à introduire le doigt indicateur dans l'anus. Cette nouvelle recherche ne me fit trouver en haut et en arrière qu'une poche molle que je soupçonnai devoir être formée par le rectum. Cependant, en haut et en avant du cul-de-sac qui arrêtait mon petit doigt, je découvris une espèce de rétrécissement fongueux, que je pris d'abord pour le point rétréci ou obturé de l'intestin.

Pour rendre raison à MM. Déneux et Lebaudy de ce que je venais de découvrir, je leur dis que le corps que je touchais me produisait la même sensation qu'un col de matrice effacé, ramolli et dont l'ouverture serait fort étroite. Chacun de ces messieurs reconnut ce que j'avais constaté, et M. Déneux nous dit qu'il pensait que ce pourrait bien être le col de la matrice de la petite fille. Une nouvelle exploration fut faite, et confirma ce qu'avait pensé M. Déneux. Il fut dès lors établi qu'il existait un vagin dans lequel s'ouvrait l'anus *sans rectum*, et que la vulve et l'anus communiquaient dans le vagin; il y avait ainsi, par une étrange anomalie, deux ouvertures au périnée au lieu d'une, et toutes les deux aboutissaient au vagin (1).

Après avoir bien constaté que nous avions affaire à un vice de conformation extraordinaire, et qui consistait dans une

(1) C'est la première fois que ce vice de conformation est constaté : je n'en ai du moins trouvé aucun exemple dans les auteurs.

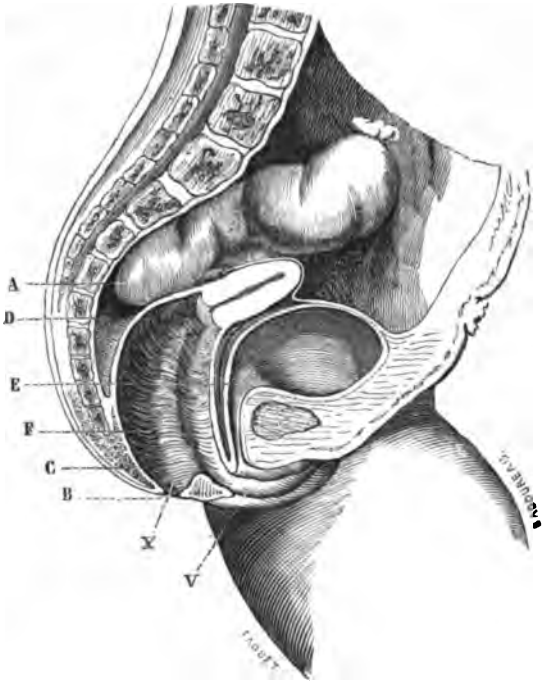
absence du rectum ou d'une partie du rectum, je résolus d'explorer attentivement tout le bassin, à travers les parois du vagin, toujours en introduisant le doigt indicateur par l'anus ou la deuxième ouverture du vagin, et dans le but d'aller à la recherche de l'intestin manquant. Après avoir bien exploré les parois osseuses du bassin en avant, en arrière et sur les côtés, je reconnus, non sans difficulté, en avant la vessie, en arrière le sacrum et l'angle sacro-vertébral que j'explorai soigneusement. Je cherchai la poche que devait former le rectum distendu par le méconium; en palpant à gauche de l'angle sacro-vertébral avec le bout du doigt, au travers de la paroi postérieure du vagin, je sentis un corps aplati qui fuyait sous mon doigt lorsque je parcourais une certaine étendue. Je répétai plusieurs fois de suite la même manœuvre, et j'éprouvai toujours la même sensation. En réfléchissant sur ce fait, je pensai que l'objet que je touchais ne pouvait être que le rectum. Je fis part de ma découverte à mes confrères, qui, après avoir fait les mêmes recherches que moi, se rangèrent de mon avis.

A l'instant le diagnostic, si difficile jusque-là, devint plus clair et plus certain relativement aux faits déjà établis, savoir, que le vagin, plus ample que d'ordinaire, paraissait occuper seul la cavité du bassin, et qu'en haut et en arrière, à gauche de l'angle sacro-vertébral, se trouvait l'extrémité du rectum imperforé.

Je me sentis dès lors soulagé et comme débarrassé de la difficulté que présentait la manœuvre opératoire dans une occurrence aussi délicate, et je pensai aussitôt à mettre en pratique l'opération que dès longtemps je méditais pour de semblables cas (l'absence du rectum).

Pour faciliter l'intelligence des détails qu'on vient de lire et de ceux qui vont suivre, j'ai représenté les parties comme je suppose qu'elles devaient être avant de pratiquer mon opération. Afin d'établir une analogie aussi complète que

possible entre le sujet de mon observation et la figure ci-jointe, j'ai fait représenter la moitié gauche d'un bassin, prise sur le cadavre d'une petite fille morte peu de jours après sa naissance.



Tous les organes contenus dans le bassin ont été coupés par la moitié. J'ai retranché une partie du rectum pour simuler l'absence de cet organe, et j'ai fait communiquer l'anus avec le vagin.

Les lettres X et V indiquent l'anus et la vulve, qui étaient parfaitement configurés. Ces deux ouvertures communiquaient *seulement* avec le vagin. La lettre A indique l'extrémité du gros intestin, qui se terminait en cul-de-sac au-dessous de l'angle sacro-vertébral, et qui n'avait *aucune communication* avec l'anus et le vagin. En résumé, l'objet

essentiel à retenir, c'est que l'anus *communiquait* directement de bas en haut *avec* le *vagin*, et n'avait *aucun rapport* avec le gros intestin, dont il était séparé par 5 centimètres (2 pouces) d'intervalle, c'est-à-dire que le rectum *manquait* dans toute son étendue.

Avant de procéder à l'opération, nous nous assurâmes de nouveau que le corps membraneux que nous sentions sous le doigt était bien la terminaison du rectum. L'élévation de l'extrémité de cet intestin nous parut être de 5 centimètres (2 pouces) environ au-dessus de la peau du périnée.

Le procédé à employer m'avait été suggéré par deux insuccès que j'avais éprouvés dans des cas analogues, en opérant, conjointement avec mon ami le docteur Troussel, deux enfants nouveau-nés, dont le rectum imperforé se terminait aussi à 5 centimètres (18 lignes ou 2 pouces) de la peau du périnée. Dans ces deux cas, j'avais incisé cette partie à l'endroit où l'anus aurait dû se rencontrer; j'avais dilaté la plaie avec de l'éponge préparée, et enfin j'avais perforé le rectum distendu par le méconium. Les enfants devinrent jaunes et moururent au bout de quelques jours.

J'attribuai leur mort à la résorption de la bile et du méconium sur un assez long trajet du tissu cellulaire saignant.

Peu disposé à faire l'opération de Littre, je persistai à penser qu'en pareil cas il valait mieux rétablir la voie naturelle, mais en cherchant à éviter les inconvénients de la résorption.

Je pensai alors à attirer l'intestin jusqu'à l'ouverture faite à la peau, et à l'y fixer par des points de suture. De nombreuses expériences sur la manière d'établir le plus sûrement possible des anus artificiels chez les animaux vivants me confirmèrent dans mes craintes sur les dangers de la résorption et sur la nécessité d'amener l'intestin suffisamment au dehors, pour empêcher l'infiltration et les abcès stercoraux.

L'opération proposée parut d'abord fort extraordinaire, et ne reçut pas au premier moment un bon accueil.

On me fit force objections; on insista particulièrement sur la crainte des hémorrhagies, des abcès, etc.; enfin on me dit que si l'intestin était rubanné dans une étendue plus ou moins grande, il faudrait le dévider, etc.

Cependant, après avoir discuté la valeur de chaque objecton, je décrivis de nouveau le procédé que je me proposais de suivre, et qui consistait « à faire une ouverture devant le « coccyx, derrière l'anus vaginal, à détacher avec le doigt « et le bistouri la paroi postérieure du vagin, du coccyx et « du sacrum; remonter jusqu'au cul-de-sac du gros intestin, « le reconnaître par le vagin, et par la voie nouvelle, l'ac- « crocher avec des érignes; le dégager tout autour, plus « avec le doigt qu'avec le bistouri; l'attirer jusqu'à l'ouver- « ture de la peau; l'ouvrir assez largement, laisser écouler « le méconium, et fixer convenablement, par la suture « entrecoupée, l'ouverture de l'intestin à celle de la peau. »

L'opération fut mieux appréciée et mieux accueillie cette fois. On explora de nouveau; le diagnostic et les indications parurent si clairs alors qu'on pensa que tout, depuis le dernier examen, semblait s'être disposé à merveille pour l'opération hardie que je proposais. Dès ce moment, nous trouvant parfaitement d'accord, l'opération fut décidée, et les chances en furent exposées aux parents, qui, connaissant la fâcheuse position de leur enfant, étaient résignés à nous laisser faire tout ce que nous jugerions convenable. On ne leur laissa donc point ignorer les dangers de cette opération. Toutefois, je leur fis observer, contrairement à ce que nous avions dit jusqu'alors, que si nous parvenions à rétablir une issue au méconium, non-seulement nous sauverions l'enfant, mais qu'il n'y aurait pas de fistule recto-vaginale.

Pendant tout ce temps, l'enfant avait été placé dans un bain émollient pour calmer l'irritation déterminée par cette

longue et douloureuse exploration, ayant pour but d'arriver à une détermination.

Tout étant préparé, une nouvelle exploration relative à l'exécution de l'opération ayant été faite, et l'enfant étant placé sur une table, comme pour être taillé, je fis, avec un bistouri à lame très-courte et convexe sur le tranchant, une incision transversale, de 1 ou 2 centimètres (6 ou 8 lignes) d'étendue, derrière l'anus vaginal; une autre incision, dirigée vers le coccyx, donna la forme d'un T à l'ouverture par laquelle j'introduisis mon doigt, pour me frayer un passage entre le vagin, le coccyx et le sacrum. Je coupai et déchirai le tissu cellulaire qui unit ces parties; un sonde placée dans l'anus vaginal me mit en garde contre la perforation de la paroi postérieure du vagin; c'est ainsi que je pénétrai à 5 centimètres (2 pouces) au moins, et que je trouvai l'extrémité de l'intestin. Dès ce moment, l'enfant poussa instinctivement et me donna le moyen de reconnaître beaucoup mieux que par le vagin la terminaison du rectum, qui formait une espèce de poche. Mes confrères furent heureux, comme moi, de reconnaître cette disposition.

Je me décidai dès lors à accrocher cette poche avec une double érigne; en tirant à moi, je dégageai l'intestin des adhérences faibles qui l'environnaient, excepté du côté du vagin, où je fus forcé de me servir du bistouri avec beaucoup de circonspection. Cette manœuvre facilita tellement les mouvements de traction que bientôt nous aperçûmes au fond de la plaie la poche intestinale, et, à notre grande satisfaction, nous reconnûmes que le méconium se faisait jour sur les côtés des crochets de l'érigne. Alors je transperçai le cul-de-sac de l'intestin avec une aiguille garnie d'un fil double, et, à l'aide de ce moyen et de l'érigne, l'intestin fut amené au niveau de la peau. Une ouverture assez large ayant été pratiquée entre le fil et l'érigne, il en sortit aussitôt une grande quantité de méconium et de gaz. Ce temps de

l'opération fut si rapide et si satisfaisant pour nous et les assistants que l'un d'eux s'empressa de prévenir la mère de cet heureux résultat. Après avoir nettoyé l'enfant, qui se trouva fort soulagée par cette excrétion, je terminai l'opération de la manière suivante :

Ayant acquis la certitude que l'ouverture intestinale était suffisante, je saisis avec des pinces à torsion les bords de cette ouverture. Je confiai ces pinces à des aides qui devaient exercer sur cet intestin des tractions prolongées jusqu'à ce que la partie saisie dépassât l'ouverture faite à la peau.

Je pratiquai d'abord trois points de suture à chacun des angles de la plaie; mais je remarquai que la rétraction exercée par l'intestin le faisait rentrer en dedans, et que dès lors il n'était plus au niveau de la peau.

Mes expériences sur les animaux vivants m'ont, en effet, appris que la condition essentielle pour l'établissement des anus artificiels est de faire dépasser le niveau de la peau par la membrane muqueuse de l'intestin, afin d'empêcher les matières de filtrer entre cet organe et l'ouverture faite aux téguments. Je fis donc avec plus de soin six ou huit points de suture dans la circonférence de l'intestin, dont je fis épanouir la muqueuse au dehors en forme de pavillon.

Pendant toute l'opération, il coula peu de sang. Immédiatement après, on fit des injections dans le nouveau rectum, et l'enfant fut placée dans un bain de siége.

Dans l'espace de deux ou trois heures après l'opération, la petite malade fut changée de linge cinq à six fois, et l'on trouva constamment du méconium mêlé à une quantité assez notable de sang qui paraissait sourdre de l'angle gauche de la plaie. Plusieurs injections furent faites dans l'anus artificiel et dans l'anus vaginal. Des cataplasmes de farine de graine de lin furent appliqués sur la plaie. Pendant tout ce temps, la petite opérée sembla perdre beaucoup de ses forces; elle pâlit, et ses extrémités se refroidirent. Jusqu'alors

on l'avait laissée dans son berceau. On la remit près de sa mère, qui la réchauffa et lui rendit en peu de temps toute sa vigueur.

De sept à onze heures du soir, elle fut pansée plusieurs fois, et elle prit un bain de dix minutes. A chaque pansement, la quantité de méconium et de sang diminuait. Plusieurs fois on lui présenta le sein, qu'elle prit mal d'abord ; mais bientôt elle put exercer des succions assez fortes, et finit par s'endormir. Il n'y eut aucune apparence de fièvre, et, douze heures après l'opération, il n'y avait aucun dérangement dans les points de suture. Les parties lésées conservèrent de la rougeur, mais l'inflammation ne fit pas de progrès remarquables.

Le 9 septembre, à onze heures, il y eut une consultation dans laquelle on constata :

1° Que la santé générale de l'enfant était satisfaisante ;

2° Que l'excrétion des matières fécales s'était parfaitement opérée ;

3° Qu'il n'y avait pas de fièvre ;

4° Que le boursoufflement qui occupait le pourtour de l'anus vaginal avait considérablement diminué ;

5° Que la rougeur inflammatoire qui environnait cette partie, ainsi que l'anus chirurgical, avait perdu beaucoup de son intensité ;

6° Que, les points de suture s'étant bien soutenus, tout portait à croire que l'opération aurait un plein succès.

Le lendemain, on remarqua que l'enfant n'avait point sali ses couches, et qu'il n'y avait point eu d'excrétion d'urine. La petite malade a bien dormi, elle a continué de prendre le sein toutes les fois qu'on le lui a présenté, et elle ne semble d'ailleurs pas souffrir du tout.

Le 11 septembre, la plaie et les parties environnantes ont été trouvées dans un état satisfaisant. Les fonctions nutritives et excrétoires s'accomplissent parfaitement ; en un mot,

l'enfant paraît être aussi bien que si elle était née sans aucun vice de conformation.

Les fils ont coupé les tissus du cinquième au dixième jour; ils sont tombés d'eux-mêmes ou ont été coupés.

L'anus vaginal était dégonflé et très-rétréci; l'anus artificiel représentait une large ouverture à bord fendillés, et le rectum artificiel s'était un peu rétracté. Tout autour de l'ouverture, on sentait que le tissu cellulaire ambiant formait un anneau circulaire induré; c'est une espèce de virole inflammatoire qui s'oppose aux infiltrations, à l'imbibition même.

Les matières fécales sortaient avec la plus grande facilité. Aucun accident ne s'est développé.

Au bout de douze jours, l'anus artificiel a commencé à se rétrécir. Les fissures se sont cicatrisées et ont donné à l'anus artificiel l'apparence froncée d'un anus naturel.

Le rétrécissement augmentant, j'y ai fait introduire des mèches suiffées, puis des bougies de cire, enfin des bougies de gomme élastique qui étaient moins douloureuses.

En faisant cette opération, j'ai eu pour but de remplir la lacune laissée par le vice de conformation, c'est-à-dire d'abaisser l'extrémité du gros intestin au niveau de la peau. Ce procédé est basé sur la possibilité d'allonger l'extrémité du gros intestin de 3 ou de 5 centimètres (1 ou 2 pouces). L'artère mésentérique inférieure seule s'oppose directement à un plus grand allongement; car, par cette manœuvre, l'S du colon pourrait aisément fournir un plus grand prolongement à ce défaut de rectum. En agissant ainsi, j'ai justement fait à la région anale ce que l'on pratique à la région abdominale, lorsqu'on établit un anus artificiel, c'est-à-dire lorsqu'on va chercher l'intestin colon pour l'amener au niveau de la peau, avec cette différence seulement que, dans un cas, c'est une anse d'intestin qu'on amène au dehors, tandis que, dans l'autre, on attire l'extrémité ou l'espèce de cul-de-sac formé par la poche qui termine le gros intestin.

Par cette manœuvre, j'ai eu surtout en vue d'empêcher la bile et le méconium de passer sur les surfaces dépourvues de membrane muqueuse, et par conséquent de m'opposer aux effets destructeurs de la résorption, qui sont aussi funestes que ceux de l'urine dans des conditions pareilles, et surtout lorsque ces fluides peuvent séjourner, comme dans l'excavation du bassin.

Aujourd'hui 2 novembre, c'est-à-dire cinquante-cinq jours après l'opération, la petite fille est dans un état parfait de santé; on ne supposerait pas, en la voyant, qu'elle a subi une opération aussi grave. Il est vrai qu'elle n'a pas eu de fièvre, même dans les premiers jours. Elle est évidemment aussi bien développée que tout autre enfant de son âge; elle est même plus avancée que sa sœur aînée ne l'était à deux mois. Elle est fraîche, gaie, vive, sensible à la musique; elle agite ses petits bras lorsqu'elle entend le son du piano. Sa peau est parfaitement blanche, ce qui prouve qu'il n'y a pas eu la moindre résorption de bile.

Cette petite fille fait très-bien toutes ses fonctions, ne pleure pas la nuit, et elle va d'elle-même trouver le sein lorsque sa mère dort (1).

La défécation a lieu comme chez les autres enfants; elle a seulement en permanence, dans l'anus artificiel, une bougie élastique un peu moins grosse que le petit doigt, qui s'oppose au rétrécissement de cette ouverture. Elle retient les matières fécales vingt-quatre et même trente-six heures.

(1) Quelques jours après l'opération, j'ai trouvé la petite opérée dans un berceau éloigné du lit de sa mère; elle était froide et presque inanimée : je conseillai à la mère de la coucher à côté d'elle afin de la réchauffer. L'enfant serait morte assurément si je n'avais pas donné à temps cet avis, et *je crois avoir sauvé plusieurs enfants de cette manière*, en les faisant en quelque sorte couver par leurs mères; car la nature n'a pas fait d'exclusion de cette fonction, même pour l'espèce humaine. Ces petits êtres n'ont pas assez de chaleur par eux-mêmes pour lutter contre le froid extérieur, surtout dans un climat comme le nôtre.

Sa sœur aînée avait une constipation analogue. Lorsqu'elle crie, on ôte la bougie, et l'intestin se vide souvent immédiatement. On lui donne un lavement toutes les quarante-huit ou soixante-douze heures, et alors elle évacue pour deux ou trois jours, suivant les expressions de sa garde. La mère, qui est elle-même habituellement constipée, attribue cet état à une disposition de famille plutôt qu'au resserrement de l'anus artificiel; car sa première fille, qu'elle n'a pas nourrie, était absolument de même (1).

Tout me fait donc croire à une guérison aussi parfaite que possible. Il me semble que je puis espérer les mêmes chances que j'aurais attendues d'un anus établi dans la fosse iliaque; et je crois même que cette petite fille n'éprouvera pas les inconvénients auxquels sont exposés ceux qui sont affligés de cette infirmité dégoûtante.

Dans tous les cas, lors même qu'elle ne pourrait pas retenir volontairement les matières fécales, ce que je ne suppose pas, on pourrait remédier beaucoup plus facilement à cet inconvénient que lorsque l'anus artificiel a été établi dans la région abdominale. Quoiqu'il n'y ait pas encore, je crois, d'exemple d'enfants qui aient vécu avec un anus artificiel à la région anale dans des cas analogues à celui que je viens de citer, j'espère que ma petite opérée est maintenant dans des conditions tout aussi et même plus favorables que si l'anus avait été établi dans la région abdominale. Sans doute l'ouverture artificielle que j'ai pratiquée est dépourvue de sphincter; mais le même inconvénient a lieu par le procédé de Littre, et les exemples d'extirpation du rectum dans lesquels les opérés ont pu retenir les matières fécales me donnent l'espoir que la nature fera pour cette petite créature

(1) M. Amussat nous a fait voir cette petite fille le 17 novembre; nous avons constaté tous les détails qu'on vient de lire sur les traces laissées par l'opération, et surtout sur le parfait état de santé de l'opérée.

(Note du Rédacteur de la Gazette médicale de Paris.)

ce qu'elle a fait pour les grandes; je pense même qu'elle fera davantage. Dans tous les cas, il me semble que l'extrémité inférieure du tronc est disposée, même sans appareil musculaire, à obéir à la volonté pour retenir les matières, tandis que dans la région abdominale rien n'est établi pour cette fin.

L'anus vaginal est une ouverture superflue qui ne paraît avoir aucun inconvénient. Je ne pense pas qu'on doive essayer de fermer cette ouverture; je dirai seulement que, si la petite fille atteint l'âge où elle pourra devenir mère, l'accouchement exigera quelque attention de la part de l'accoucheur, au moment où le périnée sera distendu.

Examinons maintenant si on n'aurait pas pu agir autrement que je ne l'ai fait. D'abord, on aurait pu attendre que la distension du rectum permît de faire une ponction par le vagin. Ce fut la première idée qui nous vint et qui serait venue à tout chirurgien; mais il aurait peut-être fallu attendre quelques jours; et lors même qu'on aurait réussi, il y aurait eu une fistule recto-vaginale. D'ailleurs, l'enfant serait mort, très-probablement, par l'impossibilité de dilater une ouverture aussi étroite et à une si grande profondeur. On aurait pu faire encore l'opération de Littre, etc.; mais j'ai réussi par un procédé bien préférable. Voyons si on aurait pu mieux faire encore.

En pensant tout d'abord à faire mieux, on se demande si je n'aurais pas dû profiter de l'anus bien configuré qui conduit au vagin et qui est pourvu de son appareil musculaire.

J'ai eu cette idée; mais la crainte de faire une fistule recto-vaginale m'a fait négliger l'avantage que j'aurais pu retirer du sphincter en l'utilisant. Il est vrai qu'il existe maintenant une ouverture de plus, un anus vaginal; mais je crois qu'il vaut mieux avoir une ouverture superflue que de courir le risque de n'avoir que le nombre juste, parce que je

n'aurais peut-être pas réussi, et dans ce cas le doute me justifie encore.

Dans un cas pareil, peut-être une autre fois tenterai-je ce perfectionnement qui me paraît chanceux, et pour le présent, et pour l'avenir... Du reste, voici ce que je ferais :

Fendre l'anus vaginal en arrière et sur le côté, ainsi qu'une partie de la paroi postérieure du vagin; resséquer la muqueuse autour du sphincter et y amener l'intestin pour l'y fixer.

Examinons maintenant ce que font les praticiens dans les cas analogues, c'est-à-dire lorsque le rectum manque dans une étendue plus ou moins considérable. Faire une ponction dans cet intestin, ou aller chercher le colon dans le flanc, tels sont les moyens que la chirurgie a employés jusqu'à présent, et presque toujours sans succès.

En général, la répugnance bien motivée pour l'opération de Littre est si grande que, bien qu'on ait conservé la vie à quelques individus par cette méthode, presque tous les praticiens préfèrent cependant la région anale pour y établir la voie artificielle; mais les moyens employés sont jusqu'à présent insuffisants. Ce n'est qu'un demi-secours qu'on apporte à la nature, qui a besoin d'être largement secondée. Aussi presque tous les enfants meurent-ils quelques jours après les opérations incomplètes que l'on pratique journellement dans cette région.

Les uns se contentent de plonger un trois-quarts, une lancette ou un bistouri dans la plaie où ils espèrent rencontrer le rectum distendu par le méconium.

Les autres, plus méthodiques, font d'abord une incision exploratrice, et ne pratiquent la ponction qu'après avoir reconnu la fluctuation de l'intestin distendu par le méconium.

Dans l'un et l'autre cas, lors même qu'on réussit à ouvrir l'intestin, outre les inconvénients d'un trajet plus ou moins

long, les matières doivent passer sur une surface non muqueuse, et donner lieu à tous les accidents de la résorption.

Aussi remarquons que, quoiqu'on ait fait un grand nombre de ces opérations d'anus artificiel à la région anale, dans des cas analogues à celui que je viens de citer, on ne compte, à ma connaissance, pas un seul succès avéré.

Au contraire, sur un très-petit nombre d'opérations d'anus artificiels pratiqués à la région abdominale, on compte deux ou trois succès au moins.

Au premier abord, on serait donc porté à croire que les chances sont plus favorables par l'opération de Littre que par celle qu'on pratique à la région anale; mais en réfléchissant que cette dernière opération n'est pas du tout analogue à la première, on concevra facilement la différence des résultats.

Le procédé que j'emploie a seul de l'analogie avec celui de Littre, et il peut lui être comparé, puisque, dans l'un et l'autre cas, on va chercher l'intestin pour l'amener à l'ouverture de la peau. Remarquons cependant que, dans mon procédé, on n'intéresse pas nécessairement le péritoine, tandis que dans l'opération de Littre on l'ouvre deux fois; mais dans mon procédé, qui est, à la vérité, plus difficile, l'intestin ainsi que les parties voisines souffrent une traction bien plus considérable.

Quoique les vices de conformation du rectum soient nombreux, on peut cependant les classer sous cinq divisions principales :

Dans la première, l'anus est rétréci;

Dans la seconde, l'anus est bouché par une membrane;

Dans la troisième, le rectum est intercepté plus ou moins haut par une simple cloison;

Dans la quatrième, l'anus est imperforé, et le rectum manque dans une plus ou moins grande étendue. D'après les observations rapportées par les auteurs, ces cas sont les plus nombreux, et le mien doit être rangé dans cette classe; car l'anus vaginal anormal n'est qu'une ouverture superflue ;

Dans la cinquième, le rectum s'ouvre dans un autre organe, la vessie, l'urètre ou le vagin, ou sur un autre point du bassin, le sacrum, par exemple.

Disons maintenant ce qu'on doit faire dans ces différents cas.

Dans le premier, on doit inciser l'anus et le dilater comme chez l'adulte, à la suite d'une fissure à l'anus.

Dans le second cas, on doit d'abord faire une ouverture dans le centre de la membrane, qu'on excisera tout autour, au niveau du sphincter, puis tenir cette ouverture dilatée au moyen d'une tente de charpie assez forte.

Dans le troisième cas, je pense qu'après avoir dilaté ou fendu l'anus en arrière et sur le côté, on doit disséquer la muqueuse, attirer le rectum, exciser le bout inférieur qui forme une espèce de doigt de gant, et fixer cette extrémité au sphincter ou plutôt à la peau. Je me crois fondé à proposer cette opération, parce que dans les cas où on s'est contenté de faire une ponction à la cloison, les enfants sont morts.

Dans le quatrième cas, on doit suivre mon procédé.

Dans le cinquième cas, après y avoir beaucoup réfléchi, j'ai été conduit à penser qu'on doit encore employer mon procédé, à moins que l'anus anormal ne fasse bien ses fonctions. Mais dans le cas d'ouverture à la vessie ou dans l'urètre, on ne devrait amener au dehors que la paroi postérieure de l'intestin, sans quoi l'on courrait le risque de produire un épanchement d'urine, à moins qu'on ne pût fermer l'ouverture.

L'expérimentation directe sur le cadavre et sur les animaux vivants m'a conduit à mettre en pratique le procédé que je viens de décrire, et qui m'a réussi. Je pense que par ce procédé on obtiendra d'autres succès, non-seulement dans des cas analogues au mien, mais dans tous ceux d'obturation du rectum, excepté lorsque l'interruption se présente au-dessus de l'excavation du bassin, et ces cas sont extrêmement rares ; je n'en connais qu'un ou deux cités par les auteurs.

D'un fait unique, il ne faut pas se presser de tirer des conclusions générales, je le sais ; mais ici il ne s'agit pas seulement d'un fait de plus en faveur de la puissance de la chirurgie ; car c'est moins le succès qu'il faut considérer que la possibilité de faire dans presque tous les cas ce qu'on n'avait pas soupçonné ou osé faire avant cette opération ; en un mot, il s'agissait de démontrer qu'on peut faire par la voie ordinaire ce que Littre a proposé de faire par l'abdomen, et ce que A. Dubois, Desault, Duret et d'autres ont exécuté. L'hémorrhagie pourrait peut-être inquiéter ceux qui n'ont point encore pratiqué cette opération ; mais les détails de celle que je viens de rapporter doivent suffire pour les rassurer. D'ailleurs en faisant des essais sur des cadavres d'enfants et sur les animaux vivants, on peut se convaincre de la possibilité d'exécuter cette opération, qui est moins difficile et moins dangereuse qu'on ne pourrait le penser au premier abord.

L'enfant est actuellement âgée de huit ans et demi, et d'après les nouvelles que j'en ai reçues dernièrement, sa santé est excellente ; elle est aussi bien développée que les autres enfants de son âge. On entretient la dilatation du rec-

tum à l'aide d'une canule en buis que l'on introduit de temps en temps (1).

A la fin de l'année 1854, M^lle^ B..., dont l'anus artificiel fonctionnait régulièrement, a été enlevée par une scarlatine maligne.

ALP. AMUSSAT.

(1) Troisième mémoire sur la possibilité d'établir un anus artificiel, par J.-Z. Amussat. (*Examinateur médical*, février et mars 1843.)

Evreux, A. HÉRISSEY, imp. — 668.

[11.]

RELATION

DE LA

MALADIE DE BROUSSAIS

SUIVIE DE

QUELQUES RÉFLEXIONS PRATIQUES

SUR LES OBSTRUCTIONS DU RECTUM[1]

MESSIEURS,

Ayant considéré comme un devoir de communiquer à l'Académie le plus promptement possible ce que je sais des derniers moments du grand homme qui m'honora de sa confiance et de son affection, je viens vous donner quelques détails sur sa maladie.

Je vous en parlerai particulièrement sous le rapport chirurgical. Je me suis empressé de rédiger cette relation et d'insister sur les jours qui ont précédé la mort, pour vous

[1] Je publie cette observation telle que je l'avais rédigée à la hâte, pour la lire à l'Académie dans la séance du 27 novembre 1838, c'est-à-dire immédiatement après les obsèques de Broussais. J'avais pensé remplir un devoir consciencieux envers l'Académie; je croyais qu'il y avait quelque courage à venir dire avec convenance tout ce que j'avais observé avant qu'on eût connu le résultat de l'enquête; la majorité de l'Académie a refusé de m'entendre; j'aurais pu faire valoir des motifs particuliers (avant qu'il fût question d'empoisonnement, on avait répandu le bruit parmi les élèves en médecine, que Broussais était mort d'une hémorrhagie, suite de cautérisation faite deux heures avant sa mort, malgré l'opposition des consultants). Voyant que je m'étais trompé en croyant être agréable à l'Académie, j'ai mieux aimé me résigner que de laisser croire que j'avais agi dans un but purement personnel. Maintenant je dois prévenir mes collègues, qui ne sont pas du conseil de l'Académie, qu'une heure avant la séance je m'étais présenté au conseil avec mon manuscrit, que j'en avais lu quelques pages à l'un de ses membres, et qu'il les avait approuvées. Le conseil n'était pas assemblé, il aurait dû m'admettre

mettre en état d'apprécier à leur juste valeur les bruits de toute espèce qui ont été répandus sur les derniers moments de la vie de notre illustre collègue.

La maladie de Broussais consistait uniquement dans une *obstruction de la moitié inférieure de l'intestin rectum.* Cette altération organique était de nature carcinomateuse.

Doué d'une constitution athlétique, sous le double rapport physique et intellectuel, il fit des excès des deux genres provoqués par la force de son organisation et de son tempérament qui était éminemment nerveux et bilieux.

Plusieurs fois il se plaignit à son ami M. Treille et à d'autres médecins d'une douleur au sommet du poumon droit, qu'il croyait tuberculeux; pour toute réponse, on se moquait de lui, en lui faisant remarquer ses larges épaules; on verra bientôt que Broussais s'était parfaitement jugé.

Il y a une vingtaine d'années qu'il commença à ressentir, vers la région pylorique, des douleurs qui se calmaient au moyen de la diète; puis, lorsque les douleurs avaient cessé, se sentant affaibli, il s'excitait fortement, et alors il souffrait de nouveau.

Depuis plusieurs années, il était tourmenté par une diarrhée dont il se plaignait à ceux qui l'entouraient. Malgré cette incommodité, il avait de l'appétit, et la digestion supérieure, comme il le disait lui-même, se faisait bien.

même à sa séance, et me demander communication de mon manuscrit. Quoi qu'il en soit, je dois rendre justice à la majorité du conseil, qui était d'avis que j'obtinsse la parole; mais, au lieu de consentir à soumettre la difficulté à l'Académie, elle devait préalablement, par confraternité, m'entendre et apprécier mes motifs. Pour écarter ma lecture, on a fait valoir le précédent de Murat; mais il est évident que ce qui pouvait être inconvenant pour Murat ne l'était pas pour Broussais. On a donné surtout la raison de l'enquête; mais ce que j'avais à dire, loin de nuire à l'enquête, ne pouvait que l'éclairer. Comme j'avais déposé devant le procureur du roi, je savais toute la réserve que je devais observer. C'était la maladie de Broussais et ses suites que je venais raconter à l'Académie, inquiète sur le genre de mort. Enfin, il n'est pas inutile de faire observer que M. Marc, médecin légiste d'une grande expérience, a insisté pour qu'on m'entendît.

A mesure que la maladie a fait des progrès, la défécation est devenue plus difficile, plus douloureuse; les intervalles ont été plus longs; c'était un travail, une véritable opération, qu'il appelait ses *débâcles*.

Dès le début de la maladie du rectum, le voisinage de la prostate a déterminé des douleurs dans la vessie, et les envies d'uriner sont devenues fréquentes et fort incommodes.

Le 12 avril 1838, ayant été consulté pour la première fois par Broussais, j'ai constaté l'existence d'une plaque bosselée, lisse et dure, située à la partie antérieure du rectum, derrière la prostate, cachée par la maladie, qui n'occupait alors que les trois quarts antérieurs de la circonférence de l'intestin. Elle avait environ deux pouces de hauteur; en bas elle se terminait au-dessus du sphincter de l'anus. *Une petite tumeur indurée*, de la grosseur d'une forte noisette, sortait par la partie antérieure de cette ouverture dans les efforts de cette défécation; elle incommodait beaucoup le malade; lorsqu'elle était serrée par le sphincter, il était forcé de la faire rentrer.

En me recueillant sur les sensations fournies par mon doigt et par la petite tumeur indurée que j'avais vu sortir à la marge de l'anus, je ne pus conserver de doute sur le caractère de la maladie.

L'exploration très-attentive, à laquelle je venais de procéder, m'en démontra la gravité (surtout en me rappelant que peu de temps avant j'avais vu mourir un malade trois jours après l'ablation d'une portion de l'intestin rectum qui était absolument dans les mêmes conditions); mais, pour le malade, je dissimulai ma pénible pensée; je décrivis avec soin ce que je venais de constater, et je lui dis qu'il s'agissait de tumeurs hémorrhoïdales, que nous pourrions lier avec autant de succès que sur plusieurs malades qu'il m'avait confiés.

Mais il redoutait la moindre opération, et il m'avoua que c'était la cause pour laquelle il avait tardé à m'appeler. Alors

je lui proposai de dilater, d'aplatir, de comprimer ces tumeurs avec des mèches et des bougies; il accepta ma proposition, et immédiatement une mèche enduite de cérat fut placée dans le rectum.

Les mèches et les bougies ont d'abord été employées, et elles ont été mieux supportées que je ne l'espérais; la dilatation du rectum a produit un grand soulagement, et l'amélioration a été telle que le malade se flattait que ce moyen suffirait pour le guérir.

Une nouvelle exploration m'ayant démontré la nécessité d'agir plus efficacement, je provoquai une consultation qui fut rejetée plusieurs fois; enfin j'obtins que MM. Breschet et Sanson viendraient m'aider de leurs conseils. Le 26 avril, la réunion eut lieu. Il fut convenu qu'on ne pouvait penser à l'ablation de la partie malade, mais qu'on continuerait la dilatation par les mèches et les bougies, et que, si les tumeurs et les végétations augmentaient, il faudrait avoir recours à la ligature et à la cautérisation.

La dilatation fut continuée avec persévérance et avantage à Paris, et surtout à Vitry; mais, vaincu par la gêne que lui causaient la sortie et la rentrée de la tumeur de la marge de l'anus, il se décida enfin à la laisser lier: ce que je fis le 18 juillet 1838, aidé de MM. Casimir Broussais et Levaillant.

Je transcris ce qu'a écrit Broussais lui-même dans son journal :

« Je me sens faible de toutes ces évacuations (il avait eu une *débâcle);* mais ce matin le fondement ne me fait pas souffrir. A la seconde selle de la nuit, le repli (c'est ainsi que Broussais désigne la tumeur indurée qui sort par l'anus) était assez gros, dur et résistant à la rentrée. A neuf heures, un lavement; je le rends de suite, et M. Amussat fait la ligature du repli, qu'il trouve beaucoup moins gros que samedi; mais il remarque, ainsi que mon fils Casimir qui est avec lui, qu'une

autre éminence rouge paraît derrière celle qu'on lie. Celle-là est piriforme et parfaitement isolée, à pédicule étroit. Le moment de la constriction diminue peu à peu dans la journée. Le soir, une soupe au pain à trois heures; à quatre heures et demie, liquide copieux, fétide, rendu vent et urine. Il n'y a point de fièvre. »

Le 19 juillet, je trouvai que la tumeur liée la veille était flétrie, ramollie et réduite à sa trame celluleuse. Broussais, dans son bulletin du 19, dit :

« Je rends un vent muqueux, et il emporte la ligature avec un petit morceau de la grosseur d'un noyau d'une petite prune, pyramidal et blanchâtre; le pédicule seul est fixé. La ligature est un peu noire depuis ce matin. En effet, le repli lié ne paraissait plus que comme le bourbillon d'un clou ou furoncle; mais il reste un morceau de chair pincé dans l'anus. Je prends le bain et j'explore, c'est un repli pareil à celui qui est tombé. »

Ainsi, comme on le voit, la ligature fit promptement justice de la tumeur ou du repli qui gênait beaucoup le malade; mais, quelques jours après, une tumeur tout à fait analogue à la première la remplaça et causa les mêmes douleurs.

Le 20 juillet, je fis de nouveau l'exploration du rectum, et particulièrement de la partie inférieure de cet intestin. Alors la maladie avait envahi toute la circonférence de l'organe, et descendait jusqu'au sphincter. Dans les efforts que faisait le malade on voyait les végétations et la couleur jaune luisante de la muqueuse dégénérée; je reconnus la nécessité de lier la nouvelle tumeur qui avait succédé à la première. Elle produisait beaucoup de gêne pour la défécation et pour l'introduction des mèches. Mais, avant de pratiquer cette opération et celles que je me proposais de faire, je voulus encore m'étayer de l'assentiment des chirurgiens qui m'avaient déjà prêté leur appui. Malgré la confiance pleine et entière du

malade, malgré sa répugnance pour une nouvelle consultation, il céda à mes instances et il accorda, plutôt pour moi que pour lui, qu'elle aurait lieu le 26.

Je vais transcrire ce que Broussais en dit lui-même dans ses notes :

« Le 26 juillet, MM. Amussat, Breschet et Casimir Broussais essaient la ligature ; elle ne peut être faite qu'au milieu, et, en voulant tirer pour porter une autre ligature à la base, on déchire au point constringé. On écrase aussitôt la racine avec des pinces à anneau. Il coule peu de sang. Je me mets dans le bain de siége. Je prends après un léger potage et un verre d'eau. Maintenant, il est midi et demi, je suis au lit, souffrant d'une douleur de cuisson à l'anus, avec quelques élancements de temps et temps.

« Nota. La ligature et l'arrachement n'ont pas été douloureux. Ce qui l'a été beaucoup, c'est une exploration faite après l'opération. Tout cela a coûté peu de sang ; il n'y avait qu'un médiocre caillot au fond du bain de siége. Ces productions sont molles et vésiculeuses. On les caractérise polypes vésiculeux. M. Amussat pense qu'il faudra revenir aux mèches et cautériser avec le nitrate d'argent, pour détruire ce qui reste. M. Breschet est de cet avis, ainsi que M. Sanson, qui n'est arrivé qu'après l'opération terminée. »

Le lendemain Broussais n'a point, dit-il, éprouvé de malaise ; mais il se sent un peu faible, et il ajoute qu'en raison de la persistance de la sensibilité du pourtour de l'anus, il n'avait pas encore procédé lui-même à l'exploration des polypes. (Ce sont ses expressions.)

Le 28 juillet, j'ai placé une petite mèche. A dater de cette époque, on a continué la dilatation du rectum avec des mèches et des bougies de cire de plus en plus grosses.

Dans les intervalles des débâcles, il rendait des matières liquides qu'il appelait des fusées ; elles étaient de deux espèces :

les unes stercorales, les autres glaireuses. Les premières étaient formées par les matières stercorales délayées, et les autres par la sécrétion morbide de la portion malade de l'intestin rectum. Ces dernières sortaient presque toujours involontairement en même temps que l'urine, ce qui contrariait beaucoup le malade.

Le 15 août, j'ai fait l'excision d'une petite végétation pincée par l'anus. Cette opération n'a pas été douloureuse. Elle a seulement été suivie de cuissons qui ont duré plusieurs heures.

D'après ce qui précède, on voit que la ligature, l'excision des tumeurs et des végétations qui obstruaient l'anus, ont été faites sans le moindre accident, et que, par ces divers moyens, on a débarrassé le malade d'une gêne fort incommode, dont il se plaignait beaucoup.

Relativement à la ligature, je dois dire que, malgré mes assurances, on avait redouté l'inflammation, la phlébite et l'hémorrhagie. Je puis assurer que j'ai déjà fait un grand nombre de ligatures de tumeurs du rectum; cinquante fois au moins j'ai lié des hémorrhoïdes internes plus ou moins grosses, jusqu'au volume d'un œuf, et je n'ai jamais observé les phlébites et les hémorrhagies si redoutées par presque tous les praticiens, depuis quelques sinistres arrivés à Dupuytren et à d'autres chirurgiens pour l'excision des hémorrhoïdes internes. Mais la ligature et l'excision diffèrent essentiellement.

L'orifice inférieur du rectum avait été parfaitement débarrassé. Il était libre et dilatable : il n'en était pas de même de la portion malade. Comme nous l'avons déjà dit, l'affection carcinomateuse avait envahi toute la circonférence du rectum; en haut elle formait un bourrelet circulaire qui s'opposait de plus en plus à la sortie des matières. La maladie avait alors la hauteur du poing; en plaçant le doigt indicateur dans la

main gauche fermée, on peut juger de la hauteur du rétrécissement, et, en touchant l'anneau formé par l'indicateur et le pouce gauche, on peut se faire une idée du bourrelet, qui terminait en haut la maladie.

Les lavements et les douches ascendantes mêmes ne produisaient que peu d'effet; les mèches secondées par les purgatifs mettaient fin à la constipation en produisant la débâcle, qui devenait de plus en plus difficile.

Depuis longtemps déjà je sentais l'insuffisance de la dilatation mécanique. Les végétations et les tumeurs pullulaient, proéminaient assez fortement, et en resserrant le passage elles retardaient la défécation : or, pour dilater désormais avec succès, il fallait d'abord détruire les exubérances du rectum. Malgré ce qui avait été convenu et arrêté dans les consultations des 26 et 27 juillet, relativement à la cautérisation, le malade redoutait ce moyen et en retardait l'application. Enfin, je parvins à le convaincre de l'avantage du caustique pour modifier l'inflammation et faire tomber les exubérances. Il finit par consentir, et le 18 août 1838, en présence de M. Casimir Broussais, j'ai cautérisé légèrement l'intérieur de la portion rétrécie du rectum, avec un porte-caustique droit pour l'urèthre gros comme une plume à écrire, et j'ai surtout porté l'action du caustique en arrière, dans l'intention de détourner l'irritation qui se propageait à la vessie.

Broussais, dans son journal, dit seulement :

« M. Amussat cautérise, et je me mets dans un bain de siége. »

Le résultat de cette première cautérisation ne se fit pas longtemps attendre. Le malade en fut très-satisfait sous tous les rapports. Le travail inflammatoire fut porté en arrière; il y eut révulsion, et les envies d'uriner devinrent moins fréquentes. Avant la cautérisation, le malade urinait tous les quarts d'heure, ce qui lui rendait les nuits insupportables.

A ce sujet, Broussais a écrit dans son journal, le 27 août :

« *Je n'ai plus de spasme dans la vessie;* quand il y a de l'urine, je la rends. »

Et plus loin il ajoute : « Mais le retard de la débâcle empêche que l'on ne poursuive *la cure définitive par la cautérisation.* »

Le 1er septembre a eu lieu la deuxième cautérisation (douze jours après la première), avec le même instrument que la première fois. Le porte-caustique a été laissé plus longtemps en contact avec les surfaces malades. J'ai usé tout le nitrate contenu dans la cavité de l'instrument.

Broussais dit : « Je me lève à dix heures pour la cautérisation; on la fait plus profonde que la première fois, sans que je souffre beaucoup. »

La troisième cautérisation a eu lieu le 5 septembre, c'est-à-dire cinq jours après la seconde. Cette fois, j'ai employé deux gros porte-caustique de l'urèthre, et j'ai usé tout le nitrate qu'ils contenaient.

Broussais dit : « M. Amussat opère la troisième cautérisation, plus profonde et plus prolongée que la seconde (deux cuvettes); je me mets dans un bain de siége. »

Reconnaissant l'insuffisance des instruments employés précédemment pour agir efficacement sur une grande surface, je fis faire exprès un porte-caustique d'argent gros comme le doigt annulaire, dont la cuvette, longue de deux pouces et large de six lignes, divisée en quatre compartiments, deux supérieurs et deux inférieurs, pour mieux fixer le nitrate d'argent, équivaut à douze cuvettes des porte-caustique que j'emploie pour combattre les rétrécissements de l'urèthre, et qui sont représentés dans mes leçons sur les rétentions d'urine.

Déjà, dans des cas analogues, j'avais employé un porte-caustique en buis, gros comme le doigt; mais le nitrate d'argent était mêlé à un corps gras, ce qui en diminuait l'efficacité.

La première cautérisation avec le gros porte-caustique que je viens de décrire, a été faite le 8 septembre; après avoir

introduit l'instrument avec assez de facilité, j'ai reconnu la limite du bourrelet en haut, avec *la lentille de mon mandrin*, afin de ne pas cautériser au-delà du mal. Cette fois, par prudence, je n'ai laissé agir que la moitié supérieure de la grande cuvette, ou les deux compartiments supérieurs.

Broussais dit : « M. Amussat arrive et pratique la quatrième cautérisation. Le porte-caustique est beaucoup plus gros, et par conséquent la masse du nitrate d'argent plus considérable. Je souffre beaucoup; il ne fait qu'une application. »

La cinquième cautérisation, ou la deuxième avec le gros porte-caustique, a été pratiquée le 21 septembre, en présence de M. Casimir Broussais. Toute la cuvette, remplie de nitrate d'argent bien coulé, a été mise en contact avec les surfaces malades, en prenant les précautions déjà indiquées pour ne pas cautériser au-delà de l'obstacle.

Broussais dit : « M. Amussat me pratique la cinquième cautérisation plus large et plus profonde que la dernière; et, de plus, il cautérise de petites végétations qui sont à la marge, ou peu distantes et pincées par l'anus. La souffrance est plus vive qu'à toutes les autres. »

Ce jour-là, les douleurs ont été plus vives, non-seulement parce que j'ai laissé agir tout le caustique, mais surtout aussi parce que j'ai cautérisé les végétations de la marge de l'anus; or, on sait que cette partie du rectum est plus sensible que l'intérieur de l'intestin. C'est un fait que j'ai eu l'occasion de constater assez souvent.

Le 29 septembre, j'ai exploré de nouveau; mais, comme le malade redoutait beaucoup l'introduction du doigt indicateur, j'ai d'abord introduit le petit doigt. Par ce moyen l'exploration a été beaucoup moins pénible. Broussais dit :

« A trois heures M. Amussat arrive et explore l'anus. Je souffre peu. Il trouve une diminution de moitié dans les tumeurs. »

La sixième cautérisation, ou la troisième avec le gros porte-caustique, a été appliquée le 2 octobre; Broussais dit :

« M. Amussat arrive, et il fait avec des ciseaux l'excision d'une végétation plate et large, un peu pincée par l'anus. J'avais demandé cette opération, la préférant au caustique; mais, indépendamment de cela, il porte le nitrate d'argent sur les tumeurs qui sont dans la partie la plus éloignée, et qui correspondent à la prostate. Je souffre peu de cela. »

Quelques jours après je rencontrai M. Pasquier père chez Broussais. Nous lui racontâmes ce qui avait été fait et les résultats obtenus. Il donna devant le malade et en particulier un assentiment complet à ce qu'on faisait pour son collègue. Il ajouta que, dans son opinion, il n'y avait que la cautérisation qui pût lui être utile, et il insista sur la nécessité de continuer l'emploi de ce moyen pour désobstruer le passage.

La septième et dernière cautérisation, ou la quatrième avec le gros porte-caustique, a été pratiquée le 31 octobre.

Broussais dit : « Le 31 octobre, M. Amussat arrive et pratique une septième cautérisation. Elle ne porte que profondément sur la tumeur qui correspond à la prostate, mais elle est assez forte et prolongée; elle est fort douloureuse, plus par les mouvements de l'instrument que par l'action du caustique. »

Le 18 novembre, MM. Casimir Broussais, Lemaire et moi, nous étions réunis à neuf heures du matin pour pratiquer une nouvelle cautérisation, qui avait déjà été remise quelques jours avant; la faiblesse plus grande du malade, caractérisée par de l'abattement et le gonflement des pieds, l'imminence *d'une débâcle*, et le peu de dispositions à se laisser cautériser, m'empêchèrent encore d'insister.

Broussais dit dans son journal : « M. Amussat constate de la constriction à l'anus, par le toucher; *toute opération est ajournée.* »

Pour favoriser l'exploration et la rendre moins douloureuse,

je fis, comme précédemment, pénétrer le petit doigt dans le rectum avant d'introduire le doigt indicateur. Celui-ci fut plus serré que lors des précédentes explorations, non-seulement à l'anus, comme Broussais le dit, mais dans toute l'étendue de la maladie ; j'eus de la peine à arriver à la limite supérieure du mal, et là je reconnus distinctement un bouchon de matières fécales arrêtées par l'obstacle qui serrait mon doigt. Nous convînmes qu'il fallait attendre *la débâcle* sans employer les purgatifs. Le malade croyait qu'elle aurait lieu dans la journée par le simple secours des lavements et des mèches. Malgré ce moyen et les efforts du malade, il ne sortit que des matières fécales délayées. L'impossibilité de déterminer *la débâcle* le décida à aller à Vitry, où il avait souvent réussi à se débarrasser de cette rétention incommode de matières fécales.

Le lendemain dimanche, 11 novembre, à 4 heures du soir, Broussais est parti pour Vitry. J'avoue que, pour la première fois, je le vis à regret s'éloigner de Paris. J'avais des inquiétudes sur son état en pensant à sa faiblesse et à la difficulté d'obtenir une évacuation, alors que nous n'osions plus employer les purgatifs. Il était très-faible et trop mal disposé pour avoir recours à ce moyen.

Très-préoccupé de la gravité de l'état de Broussais, je fus moi-même plusieurs fois chercher de ses nouvelles à sa maison de Paris. Je n'obtins des domestiques que des renseignements vagues.

Le mercredi, je reçus une lettre de M. Lemaire, son secrétaire, qui me donnait plus d'inquiétudes encore : *point de débâcle*, *affaiblissement graduel*.

Ce jour-là, j'allai chez M. Casimir Broussais, pour lui faire part de mes inquiétudes et l'engager à ramener son père à Paris le plus promptement possible.

Le vendredi 16 novembre, à midi, M. le docteur Lemaire, arrivant de Vitry, est venu me donner des nouvelles fort affli-

geantes sur Broussais. Il était plus faible, n'écrivait plus lui-même son journal ; cependant, il lui avait encore dicté un travail pour le conseil de santé. Il me dit qu'il craignait qu'il ne fût pas transportable. Je lui proposai de partir à l'instant pour aller le chercher, ou au moins faire ce que je projetais. Pensant, comme je l'ai déjà dit, qu'on ne pouvait sans danger recourir aux purgatifs, j'avais jugé qu'on ne devait plus avoir recours qu'aux moyens mécaniques pour déterminer la sortie des matières fécales, et, dans ce but, je me proposais d'introduire moi-même une forte canule élastique au-delà de l'obstacle, pour injecter du liquide, délayer les matières, les faire couler par la canule, et même les pomper. M. Lemaire me dit qu'il aurait des nouvelles le soir, et que nous partirions de suite ou le lendemain.

La nuit suivante, le domestique de M. Broussais vint me chercher en toute hâte pour aller à Vitry. M. Casimir Broussais et moi, nous nous y fîmes transporter promptement. A notre arrivée sur le seuil de la porte, on nous dit que Broussais n'était plus, qu'il venait de mourir.

Le visage n'était point altéré ; il n'y avait aucune contraction dans les traits ni dans les membres. Le corps avait sa chaleur naturelle.

Malgré mon trouble et la scène douloureuse qui se passait autour de moi, je me fis raconter plusieurs fois, par les assistants et par le docteur Maurel, médecin à Vitry, ce qu'on avait observé. On me dit que le vendredi soir, à neuf heures et demie, le malade avait pris un bain de siége, et qu'après s'être couché vers neuf heures, on lui donna un potage ; à peine en avait-il pris la moitié, qu'il éprouva une forte douleur dans la région lombaire de la colonne vertébrale. Il acheva cependant son potage, et bientôt après il éprouva vivement le besoin d'aller à la garde-robe. Il voulut se lever, mais il était trop faible. Il demanda un bassin ; pendant qu'on le glissait sous

lui, un gargouillement très-fort, des gaz et des matières fécales liquides furent rendus. Immédiatement après, il eut un frisson; il se plaignit de froid aux extrémités et à la face, leva les bras, tomba sur le côté gauche de son lit, et perdit connaissance. La face était colorée, vultueuse, les vaisseaux étaient fortement injectés et distendus.

M. le docteur Maurel, qui avait été immédiatement appelé, et qui était encore dans la maison, me raconta ce qu'il avait observé et fait; il me l'a écrit depuis, et, pour plus de précision, je transcris sa lettre :

« Le 16 novembre, à onze heures du soir, je fus appelé (c'est M. Maurel qui parle) pour donner mes soins à M. Broussais. On me dit qu'il venait de se trouver mal. Arrivé de suite près du malade, je fus frappé de terreur à l'aspect d'une figure apoplectique, d'un rouge pourpre. Toutes les veines de la tête étaient fortement injectées; les artères carotides battaient avec force, le pouls était nul, la respiration pénible, le ventre souple et se laissant déprimer facilement, la chaleur du corps naturelle, le visage couvert de sueur.

« Mon pronostic fut très-grave, comme vous devez le penser. Alors je fis partir de suite le domestique de M. Broussais pour aller vous chercher ainsi que M. Casimir Broussais, et, pendant ce temps, j'ouvris la veine du bras, par laquelle je ne pus obtenir que trois palettes de sang à peu près. Pendant l'écoulement, le malade respira mieux, et un instant j'eus l'espérance de lui entendre articuler quelques mots. La figure pâlit un peu; mais, les pulsations du cou étant toujours très-fortes, je crus devoir, pour révulsionner, faire appliquer des sinapismes aux pieds et aux mollets.

« A minuit l'illustre malade étant revenu dans l'état où il était lorsque je fus appelé près de lui, je fis appliquer vingt sangsues au cou, dix de chaque côté. Les piqûres donnèrent peu de sang. Pendant ce temps, la figure pâlissait; peu à peu

la respiration diminuait de fréquence, et ne se faisait plus que de loin en loin. Une sueur froide couvrait le visage et la poitrine, et, à une heure dix minutes du matin, ce grand homme cessa de vivre. »

Le samedi, dans l'après-midi, le corps fut transporté à Paris dans une calèche à lit. Il n'est pas inutile de dire que le trajet fut fait assez rapidement.

PROCÈS-VERBAL DE L'AUTOPSIE DE BROUSSAIS

Qui fut faite trente-six heures après la mort, le 18 novembre 1838, à onze heures et demie du matin, rue d'Enfer, 13, en présence de MM. Orfila, Breschet, Amussat, Bouillaud, Casimir Broussais, La Corbière, Stephanopoli, Maurel, Jules Pelletan, Debout, Lemaire, De Montègre et Lecouteux.

Etat extérieur. Le cadavre est dans un état de putréfaction très-avancé, et peut être comparé à celui d'un individu qui aurait séjourné dans l'eau pendant plusieurs jours.

Le visage est bouffi, entièrement méconnaissable; on y remarque des taches livides, de même que sur le front et sur les tempes. Les vaisseaux de ces régions sont rénitents, remplis de gaz, et se dessinent par des lignes saillantes de couleur verdâtre. Des bulles de gaz mêlées de liquide bouillonnent à l'orifice de la bouche et des narines.

Le cou et les parties latérales de la poitrine sont aussi couverts de taches verdâtres, qui s'étendent jusqu'au tronc, sur lequel on remarque dans plusieurs endroits de larges phlyctènes.

Le scrotum et la verge, distendus par les gaz, présentent un développement considérable.

L'abdomen est ballonné.

Une grande quantité de matières fécales jaunâtres, demi-liquides, couvre le linge qui enveloppait le corps.

Crane. La voûte du crâne est très-mince et transparente, surtout aux régions antérieures et latérales.

Cerveau. Le cerveau, examiné aussitôt après avoir été moulé, est trouvé dans l'état suivant : extérieurement, très-légère infiltration séreuse sous-arachnoïdienne à la convexité, avec légère teinte blanchâtre. Point d'injection sanguine de la pie-mère; point d'épanchement dans les ventricules du cerveau. Parenchyme du cerveau d'une consistance un peu au-dessous de l'état normal. Coupé par sections horizontales, il n'offre aucune espèce de lésion, non plus que le cervelet.

Moelle épinière. Aucun épanchement dans la cavité des méninges rachidiennes. Moëlle épinière de couleur normale, de consistance modérée à la partie supérieure, et moins prononcée, même ramollie à la partie inférieure, où elle a été contuse par le rachitome et le marteau.

Péricarde. Le péricarde est adhérent au médiastin par une bride fibreuse, et il est distendu par des gaz.

Coeur. Le cœur, enveloppé d'une assez grande quantité de graisse, d'un beau volume, et qui paraît proportionné à la force du sujet, contient du sang mêlé de bulles d'air, et en partie coagulé. Sa surface interne, ainsi que celle des gros vaisseaux, est colorée par imbibition cadavérique.

Les orifices sont libres et les valvules bien conformées. Quelques taches d'un blanc jaunâtre existent à l'orifice de l'aorte.

Poumons. Le poumon droit est, à son sommet, adhérent à la plèvre par des brides cellulo-fibreuses. Dans le point correspondant à cette adhérence, la surface du poumon est froncée et l'on remarque au centre de ce froncement, après l'avoir incisé, une matière crétacée, formant une masse du volume

d'un des osselets de l'ouïe, inégale, à surface rugueuse, entourée de matière noire et dense.

Le poumon gauche est adhérent à la partie interne par une petite bride cellulo-fibreuse, et son sommet présente, de même que celui du poumon droit, une petite cicatrice froncée, au milieu de laquelle on trouve une matière noirâtre, mais pas de concrétions.

Abdomen. L'abdomen est, comme nous l'avons dit, très-ballonné, et, en l'ouvrant, il s'échappe des gaz. Les intestins sortent immédiatement par l'ouverture; ils sont très-distendus par des fluides élastiques.

Foie. Le foie est volumineux et infiltré de gaz qui s'échappent par les incisions qu'on y pratique. La vésicule est petite, affaissée, et contient un peu de bile. On n'y voit pas de corps étrangers.

Rate. La rate est volumineuse et offre un état de ramollissement assez avancé.

Pancréas. Le pancréas est sain.

Estomac. L'estomac, d'une assez grande capacité, contient un liquide jaune verdâtre, mais aucun vestige de la soupe mangée le 16 au soir. Sa membrane muqueuse présente au bas-fond une diminution notable d'épaisseur, au point que l'on aperçoit çà et là les fibres de la membrane musculeuse, et offre de larges stries brunâtres et quelques autres rouges. Elle est saine dans la portion pylorique, sauf une tache rougeâtre, attribuée, comme quelques-unes des précédentes, à la décomposition cadavérique. L'anneau pylorique est d'un blanc légèrement rosé, plus épais que de coutume, et présente une *consistance comme fibreuse.*

Il existe, dans la portion splénique seulement, des bulles d'emphysème sous-muqueux.

L'estomac et les liquides qu'il contenait ont, d'ailleurs, été

déposés *pour être examinés ultérieurement* dans un bocal, avec addition d'un peu de sel commun.

Duodénum. Le duodénum présente des bulles d'emphysème sous-muqueux; sa surface interne est saine et elle est teinte en jaune par la bile.

Intestin grêle. L'intestin grêle contient un liquide à peu près semblable à celui de l'estomac; l'emphysème s'y rencontre aussi. Une petite tumeur sous-muqueuse, grosse comme un pois, de consistance et d'aspect lardacé, existe à six pouces à peu près de la valvule iléo-cœcale. A part cette légère altération, la membrane muqueuse de tout l'intestin présente un aspect sensiblement normal.

Gros intestins. Le cœcum, le colon lombaire droit, le colon lombaire gauche et l'*S* iliaque sont remplis de matières fécales en bouillie de couleur jaunâtre. Il n'y en avait pas dans le colon transverse.

La membrane muqueuse du gros intestin est pâle, mais saine.

Rectum. La maladie du rectum que nous allons décrire s'étend jusqu'à quatre pouces environ à partir de l'anus, et elle occupe toute la circonférence de l'intestin.

Dans une partie de cette étendue, la surface interne présente un état de ramollissement pulpeux tirant un peu sur la matière cérébriforme. Les tissus sous-jacents sont infiltrés partiellement de quelques grumeaux d'une matière purulente. Les parois de l'intestin et le tissu cellulaire qui le sépare de la prostate, ne paraissent ni épaissis ni indurés.

On observe vers la partie postérieure une rupture d'un pouce environ de diamètre, et qui s'est opérée au moment de l'enlèvement ou plutôt de l'arrachement des parties. Cette portion de l'intestin est tapissée d'une couche de matières fécales, à demi-liquides, d'un jaune brunâtre.

Dans la portion malade, fendue dans toute sa longueur, on

ne voyait pas de saillie capable de former un obstacle matériel qui se serait opposé d'une manière très-prononcée à l'issue des matières fécales. Au-dessus, cependant, on observe une dilatation formant une espèce de poche contenant des matières fécales molles, et au-dessus de cette dilatation on trouve des matières moulées en cylindre et se terminant en cône.

Les ganglions du bassin et ceux du mésentère n'ont ni plus de consistance, ni plus de volume que dans l'état normal.

Reins. Les reins sont un peu volumineux, mais ils ne présentent pas d'altération notable.

Vessie. La vessie contient une petite quantité d'urine. Sa membrane muqueuse a une couleur blanc-grisâtre normale, excepté vers l'orifice de l'uretère gauche, où l'on trouve une tache rougeâtre. A l'orifice du col de la vessie, on remarque trois replis longitudinaux, rayonnés, qui s'étendent jusque dans la portion prostatique de l'urèthre. Les saillies que forment ces replis ressemblent à des luettes vésicales. Celle du côté droit est surtout très-prononcée.

Prostate. La prostate a son volume et sa consistance normales. Il existe dans son intérieur quelques grains de sable.

Paris, 18 novembre 1838.

Et ont signé tous les médecins qui étaient présents à l'autopsie.

Remarquons d'abord l'état de décomposition très-avancée dans lequel se trouvait le corps, trente-six heures seulement après la mort; on m'a assuré que cette altération s'était manifestée douze ou quatorze heures avant l'autopsie. Il ne faut pas perdre de vue les changements opérés par une putréfaction si avancée et si insolite, pour bien juger les altérations morbides. En effet, si on ne considère que la description de l'état pathologique de la moitié inférieure du rectum, il faut conve-

nir qu'on ne peut se former une juste idée de ce qui existait pendant la vie. Mais si on se rappelle la putréfaction avancée, le délabrement et la déchirure de l'intestin, enlevé du bassin très-difficilement, et fendu dans toute sa longueur, on comprendra que la lésion pathologique a dû être fortement altérée, et qu'il est très-difficile de juger réellement l'état de constriction que la maladie opérait sur le rectum. Et si on se représente la dilatation de l'intestin au-dessus de la maladie, et l'accumulation des matières fécales dans l'*S* iliaque, et dans la plus grande partie du gros intestin, on comprendra qu'il existait un véritable obstacle au cours des matières dans le point malade. D'ailleurs, l'exploration faite sept jours avant la mort et l'attente d'une *débâcle* ne peuvent laisser aucun doute sur la rétention trop prolongée des matières fécales. Il y avait vingt et un jours qu'avait eu lieu la dernière *débâcle*.

En se rappelant les trois replis du col de la vessie, déterminés sans doute par le voisinage de la maladie du rectum, on conçoit facilement les envies fréquentes d'uriner et les dysuries qui ont si longtemps tourmenté le malade.

D'après tout ce qui précède, on voit que Broussais avait admirablement bien jugé lui-même son état, non-seulement sous le rapport du siége de la maladie principale, mais aussi relativement aux autres lésions que l'autopsie a fait découvrir dans le sommet du poumon droit et au pylore.

Tout est dans le rectum, disait-il souvent en se frappant le ventre. Il rejetait vivement toute idée de complication.

Comme je l'ai déjà dit, on ne peut, d'après l'autopsie, se faire une idée complète de l'obstruction du rectum; mais enfin, par les traces de la maladie, on voit qu'elle était tout à fait locale et sans aucune complication.

On pouvait donc espérer raisonnablement qu'en détruisant les obstructions et en dilatant, on aurait pu, sinon guérir, au moins prolonger la vie.

Sans doute, par une cautérisation plus active, on avait deux grands accidents à redouter : l'inflammation et l'hémorragie; mais je crois qu'on aurait pu les maîtriser.

Pourquoi n'a-t-on pas agi plus fortement? Remarquez l'immense responsabilité qui pesait sur l'opérateur, et puis le malade ne se prêtait pas facilement aux opérations. En outre, tous les médecins qui l'entouraient n'étaient pas d'avis qu'on l'opérât. Et je ne dois pas omettre de dire que M. Breschet m'avait engagé amicalement à mettre beaucoup de circonspection dans mes opérations.

Supposons qu'on eût été forcé de renoncer à détruire directement le mal, il restait encore une ressource, une triste ressource, sans doute; j'y avais profondément réfléchi en pensant à Talma et aux faits analogues; je veux parler de l'établissement d'un anus artificiel. Il est évident maintenant que ce moyen, malgré ses immenses inconvénients, était complétement indiqué dans le cas où on aurait été forcé de renoncer à la cautérisation.

J'espère que ces réflexions ne seront pas perdues pour les chirurgiens qui seront appelés dans des cas analogues.

D'après ce qu'on vient de lire, il m'est très-facile de détruire la calomnie qui a été répandue parmi les élèves de médecine, dès le jour même de la mort de Broussais. On a dit qu'il était mort d'hémorragie deux heures après une cautérisation faite avec le fer rouge, malgré l'opposition des consultants. Cette calomnie a été variée et commentée : elle m'a été rapportée par des élèves au convoi de Broussais. Et, d'après les extraits du journal de sa maladie, cette calomnie maladroite tombe d'elle-même.

On a vu que sept cautérisations avec le nitrate d'argent ont été pratiquées, les trois premières avec le porte-caustique dont je me sers pour les rétrécissements de l'urèthre, et les quatre dernières avec un gros porte-caustique fait exprès. Remar-

quons surtout que la dernière cautérisation avec un porte-caustique qui lui avait déjà servi, a été pratiquée sans accident le 31 octobre, c'est-à-dire seize jours avant la mort.

A cette occasion, je dois rappeler sommairement ce qui a été fait :

Par la dilatation de la partie rétrécie, avec des mèches et des bougies de cire, le soulagement obtenu par ce moyen a été tel que le malade se flattait qu'il suffirait pour le guérir.

Par la ligature et par l'excision des tumeurs et des végétations qui fatiguaient extrêmement le malade par leur sortie à travers l'anus, il a été débarrassé d'une incommodité dont il se plaignait beaucoup.

Par la cautérisation des surfaces indurées, l'exubérance du rectum a été réprimée, le passage a été agrandi, et les défécations ont été plus faciles.

Enfin, en appelant le travail inflammatoire dans le rectum, et surtout à la partie postérieure de cet intestin, l'irritation qui se propageait à la vessie a été détournée; les besoins d'uriner, qui avaient lieu tous les quarts d'heure, ne revenaient plus que toutes les trois heures.

En résumé, on voit évidemment que j'ai débarrassé le malade de ce qui le tourmentait le plus, c'est-à-dire, la gêne des tumeurs de l'anus et les envies fréquentes d'uriner.

J'aurais voulu pouvoir faire plus encore; mais je crois avoir fait tout ce qu'il m'était permis de faire, quoique je fusse admirablement soutenu et encouragé par son fils Casimir Broussais, qui m'a toujours assisté avec une grande fermeté de caractère.

Il me reste encore un point important sur lequel je dois attirer l'attention de l'Académie, et c'est sans doute celui qui vous préoccupe le plus. Quelle est la cause de la mort de notre illustre collègue?.. D'après les bruits répandus et l'enquête qui se poursuit, on ne doit aborder cette question

qu'avec une grande réserve. Sans doute, la fin a été brusque, inopinée, violente; il n'y a pas eu d'agonie; la mort ressemble beaucoup à celle qui arrive à la suite d'une syncope, ou mieux d'une congestion cérébrale.

Une cause étrangère à la maladie a-t-elle pu hâter la mort?

Par amour de la justice, je dois dire sans préoccupation d'aucune sorte ce que je pensais avant l'événement. Déjà, je l'ai dit, la maladie faisait des progrès; nous étions gagnés de vitesse; mes inquiétudes étaient grandes depuis ma dernière exploration. Remarquons, en outre, que le malade a cessé d'écrire son journal deux jours avant la mort. Tout me porte à dire que la fin s'avançait.

L'affaiblissement a été graduel et me paraît devoir être attribué au séjour prolongé des matières fécales; en un mot, à la résorption délétère des matières. Cette altération est à mon avis la même que celle qui arrive à la suite d'une hernie étranglée ou de toute autre cause d'obstruction des intestins. C'est un empoisonnement lent par la résorption des matières fécales.

Ne pourrait-on pas expliquer la douleur dans les lombes qui a eu lieu peu de temps avant la mort par la dilatation de l'obstacle, par les gaz et les matières et la congestion cérébrale, par les efforts faits pour aller à la selle chez un malade aussi affaibli qu'il était?

Je vous livre ces réflexions dégagées de toute prévention et dictées uniquement dans le double intérêt de la vérité et de notre profession.

QUELQUES RÉFLEXIONS PRATIQUES

SUR

LES OBSTRUCTIONS DU RECTUM

La maladie de Broussais [1] et quelques autres analogues m'ont fait reconnaître que les affections les plus graves du rectum sont fort négligées dans la pratique, et, à cette occasion j'ai remarqué avec peine, chaque fois que j'ai cherché des conseils dans les livres de ceux qui nous ont devancés, qu'il existait une grande lacune dans nos ouvrages de chirurgie, car les maladies de cette espèce y sont traitées fort légèrement : la science est très-pauvre sur ce point.

Depuis longtemps déjà j'éprouve le désir d'indiquer les difficultés que j'ai rencontrées et les efforts que j'ai faits pour les surmonter. Je saisis cette occasion avec empressement dans l'espoir d'être utile aux chirurgiens en leur donnant quelques remarques pratiques sur ce sujet et en essayant de tracer la marche à suivre dans des cas analogues à ceux qui m'ont suggéré ces réflexions.

[1] Lorsque j'ai pubié l'observation de Broussais dans la *Gazette médicale* du 7 décembre 1838, des soupçons d'empoisonnement avaient déterminé une enquête; maintenant on sait que cette enquête et l'analyse des liquides recueillis dans l'estomac n'ont rien fait découvrir qui pût justifier les soupçons qu'on avait conçus, à cause de la promptitude de la mort.

Remarquons tout d'abord que les maladies du rectum sont assez nombreuses et que celles de l'orifice sont infiniment plus fréquentes que celles de l'intérieur de l'organe. Je ne veux m'occuper ici que des dernières et plus spécialement des rétrécissements ou obstructions de l'intestin rectum. Ces maladies graves et profondément cachées sont fort négligées sous tous les rapports.

Les affections de l'intérieur du rectum sont très-difficiles à reconnaître dès le principe, soit parce que les sensations déterminées par les altérations de cet intestin sont obtuses et confondues souvent avec des hémorroïdes, ou, plutôt encore, parce que l'exploration de ce conduit est difficile et désagréable. Enfin, le sphincter de l'anus est le plus grand obstacle aux recherches nécessaires pour éclairer le diagnostic.

L'anatomie du rectum laisse peu à désirer. Sans doute, cet intestin est assez bien décrit dans nos livres d'anatomie et d'anatomie chirurgicale; cependant, j'ai remarqué qu'on a peu ou point insisté sur la disposition de la partie supérieure de ce conduit qui présente presque toujours un rétrécissement normal fort important à connaître pour la pratique chirurgicale. Avant d'avoir observé ce fait, je ne croyais pas qu'il y eût une démarcation précise entre l'*S* iliaque et le rectum; et je pense que, si elle n'a pas été généralement indiquée, c'est parce qu'on insuffle presque toujours l'intestin avant de constater le rétrécissement que je signale.

Cette disposition de la fin du colon établit une démarcation tranchée entre l'*S* iliaque qui plonge dans le bassin, et aussi par le séjour des matières fécales dans l'un et dans l'autre intestin, ou seulement dans le dernier. Il ne faut pas oublier surtout que le rectum est situé plus à gauche qu'à droite, particulièrement en haut. Il est fort utile de se rappeler cette disposition pour bien explorer. Disons d'abord quelques mots des moyens d'exploration.

Le toucher du rectum demande beaucoup d'attention et d'habitude.

Peu de médecins ont pris la peine d'explorer cet intestin sur des cadavres de sexe et d'âge différents : pour avoir des notions exactes sur ce conduit et les organes voisins, il faut d'abord vaincre la répugnance qu'on éprouve tout naturellement.

J'ai plusieurs fois observé que c'est cette répugnance et le défaut d'habitude qui ont fait négliger de toucher en temps opportun, ce qui a donné à la maladie le temps de se développer et de devenir incurable, avant qu'on n'ait rien fait pour arrêter sa marche.

Le toucher peut se faire de deux manières : le chirurgien étant placé devant ou derrière le malade. Dans le premier cas, le doigt ne pénètre pas à une grande profondeur; dans le second, au contraire, on peut explorer beaucoup plus haut, surtout en dirigeant le doigt à gauche, en repoussant, ou mieux en évitant le coccyx.

L'exploration du rectum offre de très-notables différences sur l'homme, sur la femme et sur les enfants. Il importe donc de bien connaître ces différences et de s'exercer au toucher de ce conduit sous ce triple rapport, pour être en état d'apprécier, non-seulement les maladies du rectum, mais encore celles des organes voisins.

Règle générale, le toucher doit toujours être précédé d'un lavement pour faciliter l'exploration.

Le toucher sur un homme adulte demande une grande attention et doit être exercé soigneusement sur toutes les parties de l'intestin.

Après avoir préalablement enduit *complétement* le doigt avec de l'huile ou, mieux, avec du cérat, on l'introduit doucement, en même temps que le malade fait des efforts comme pour

aller à la garde-robe. Cette double précaution est utile pour bien juger du véritable état du sphincter.

L'anneau musculaire du rectum étant franchi, il faut explorer attentivement au-dessus et tout autour. Ensuite, on doit examiner la partie antérieure dans laquelle se trouve la portion musculeuse de l'urèthre et la prostate. Il faut bien connaître les sensations fournies par ces deux parties à l'état normal pour juger leurs états pathologiques. Beaucoup de médecins connaissent si peu le volume et la consistance de la prostate qu'ils craignent de dire leur avis lorsqu'ils touchent une prostate évidemment malade.

Dès qu'on a exploré la partie antérieure, il faut examiner avec le même soin les parties latérales et postérieures.

Souvent on trouve en arrière un repli, une grande valvule, qu'il ne faut pas confondre avec un état pathologique.

Lorsqu'on veut examiner le rectum au-dessus de la prostate, il faut toucher en se plaçant en arrière; quelques malades favorisent singulièrement l'exploration en faisant des efforts et surtout en tirant la peau de la marge de l'anus avec les deux mains pendant que le chirurgien pousse le doigt, le plus haut possible, à gauche, et en évitant le coccyx; par ce moyen, on peut explorer une partie des vésicules spermatiques, des canaux déférents et la partie intermédiaire de la vessie ou son bas-fonds; sur les côtés et en arrière, on explore plus facilement encore les parties correspondantes de l'intestin. En exerçant ainsi le toucher, on peut souvent atteindre le haut de la convexité du sacrum sur beaucoup de sujets, et approcher très-près de la fin du rectum, surtout en dirigeant son doigt à gauche.

Pour explorer au-delà de la limite que peut atteindre le doigt, et cette limite est variable, suivant la force et l'embonpoint du sujet, il faut avoir recours à d'autres moyens que le doigt pour suppléer à son défaut de longueur.

Le cathétérisme du rectum à une grande profondeur est une opération inusitée et à laquelle on ne pense que lorsqu'on rencontre une obstruction de l'intestin au-dessus du point que l'on peut atteindre avec le doigt; mais, pour agir avec quelque chance de succès, il faut se rappeler les données anatomiques fort importantes que j'ai déjà indiquées et s'être exercé sur le cadavre pour apprécier les difficultés qu'il s'agit de surmonter, même à l'état normal.

Une sonde élastique, droite, urèthrale ou œsophagienne, ne peut pénétrer à une grande profondeur, parce que le bec de la sonde va heurter contre la concavité du sacrum, et, si on y insistait, on perforerait l'intestin plutôt que de pénétrer plus avant.

Une sonde élastique à grande courbure, pour l'urèthre, offre beaucoup plus d'avantages, surtout si on la dirige à gauche; elle pénètre presque toujours jusqu'à la fin du rectum et quelquefois même dans l'*S* iliaque.

Pour pratiquer le cathétérisme du rectum avec une sonde d'argent, il faut préalablement augmenter la courbure de l'instrument.

D'après mes études chirurgicales sur cet intestin, il faut donner à la courbure de la sonde un tiers de plus qu'aux grandes sondes courbes dont on se sert pour l'urèthre.

En longeant le côté gauche du rectum avec une sonde de cette espèce, on parvient jusque dans le rétrécissement normal de l'intestin. Il est bien difficile d'aller au-delà; en essayant de franchir sa limite, il faut agir avec beaucoup de circonspection; mais, en faisant une injection par la sonde, le bassin étant fortement relevé, on pourrait espérer de rejeter l'*S* iliaque hors de la cavité pelvienne et peut-être réussir à faire pénétrer le bec de la sonde dans cet intestin.

Quelquefois, après avoir inutilement employé les sondes courbes pour des obstructions de la moitié supérieure du rec-

tum, j'ai attaché à mon doigt indicateur un dé en ivoire, sur lequel j'avais fait fixer une sonde élastique de deux ou trois pouces d'étendue; par ce moyen j'ai franchi des obstacles que je n'avais pu surmonter par les autres moyens.

Dans la même intention, j'ai fait construire un doigt artificiel en buis, qui se surajoute au doigt indicateur de l'opérateur par un dé; il est composé de trois parties ou articulations, analogues à celles des phalanges, que l'on fait mouvoir, comme les doigts, en deux sens opposés, par deux rubans. Je crois avoir retiré quelque avantage de ce moyen. Je l'ai employé, il y a déjà longtemps, en traitant avec Broussais, un de ses amis qui avait une affection carcinomateuse de la moitié supérieure du rectum.

Broussais ne se doutait pas alors qu'il mourrait de la même maladie.

Il ne suffit pas d'examiner le rectum par le toucher, il faut encore s'aider de la vue autant que possible. Ce genre d'exploration est fort important; mais il n'est pas facile de voir dans l'intérieur de ce conduit et surtout à une certaine hauteur. Quoique cette manière d'explorer soit fort difficile, il ne faut pas la négliger, comme on le fait trop souvent.

Pour voir dans l'orifice de l'intérieur de la marge de l'anus, il suffit, après avoir fait prendre un lavement, de recommander au malade de faire des efforts pour aller à la garde-robe, pendant qu'on exerce des tractions sur la peau, à un pouce de la marge de l'anus. Lorsqu'on procède à l'examen de cette manière, *il faut avoir soin de se placer à côté du malade,* et souvent on découvre des altérations qu'on ne peut apprécier par le toucher, comme des fissures, des hémorroïdes internes, etc.

Si la maladie est située trop haut, il faut avoir recours au spéculum.

Le plus simple de tous est une tenette bien huilée.

Celui dont on se sert le plus communément est un petit spéculum à rigole.

M. Barthélemy, chirurgien à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, l'a fait modifier très-avantageusement en le terminant en cul-de-sac; ainsi disposé, on l'introduit beaucoup plus facilement.

Le spéculum anglais est un dilatateur à deux valves, qu'on écarte par une vis de rappel. Enfin, on peut se servir avec avantage d'un petit spéculum Uteri à trois valves. Après l'avoir introduit, on retire une des valves.

En appliquant le spéculum Ani, il ne faut pas oublier qu'on refoule les parties, et que, si on découvre la maladie reconnue avec le doigt dans le bourrelet muqueux qui se présente dans la rigole, on la croit située naturellement plus haut que le toucher l'avait indiquée. Pour obvier à cet inconvénient, il faut attirer en bas la peau qui correspond à la rigole du spéculum, pendant qu'on maintient cet instrument, afin de remettre la maladie à sa véritable place.

On peut se servir avec avantage du spéculum que j'ai imaginé pour appliquer des sangsues à la prostate. Il fatigue beaucoup moins l'anus que les autres, et il permet de voir plus facilement.

L'exploration du rectum sur la femme exige les mêmes précautions que sur l'homme; il importe surtout de bien se rappeler les modifications apportées par le sexe, d'abord dans la grandeur du bassin, puis dans la disposition du coccyx et du sacrum, qui sont moins recourbés que chez l'homme.

La paroi antérieure du rectum chez la femme est en rapport avec le vagin au lieu de l'urèthre, et plus haut avec l'utérus au lieu de la prostate; sur les côtés, avec les ligaments larges de la matrice et les ovaires au lieu des vésicules et des canaux déférents.

Souvent on retire un très-grand avantage de l'introduction

du pouce dans le vagin pendant que le doigt indicateur est dans le rectum; par ce moyen, on apprécie beaucoup mieux les maladies de l'intestin et surtout celles de la cloison recto-vaginale. On peut aussi, dans le même but, introduire le doigt indicateur gauche dans le vagin, pendant que l'autre est dans le rectum et réciproquement faire l'inverse.

L'enfance apporte des modifications qui peuvent facilement être pressenties; il ne faut pas négliger de les vérifier sur le cadavre pour apprendre à apprécier les différences et les ressources que l'on peut tirer de la possibilité d'explorer beaucoup plus haut que dans un âge plus avancé.

Lorsqu'on a des notions exactes sur l'état normal du rectum, on peut, par le toucher, reconnaître les moindres altérations; souvent on trouve avec le doigt les orifices internes des fistules stercorales; la pulpe du doigt reconnaît les rugosités du pourtour de la petite ulcération. Il n'en est pas ainsi, comme je l'ai déjà dit, des hémorroïdes internes, même assez grosses; on les méconnaît souvent, au toucher, à cause de leur mollesse et parce que le sang qui les gonfle fuit sous la pression du doigt.

Les parties enflammées, ulcérées, exigent le spéculum; les plaques indurées et les excroissances sont plus faciles à reconnaître.

Il faut bien se garder de confondre les resserrements spasmodiques de l'orifice avec un rétrécissement maladif; de même il faut avoir soin de ne pas prendre les brides naturelles pour des altérations pathologiques. Il est facile de reconnaître les rétrécissements qui se trouvent à la portée du doigt; mais ils sont difficiles à déterminer quand ils sont situés à une très-grande hauteur, comme dans un cas cité par M. Rognetta (*Bulletin de thérapeutique*, tome VI, page 276), où il existait deux rétrécissements de l'intestin, l'un à un pied, l'autre à un pouce et demi de l'anus; mais je ne veux m'occuper que de ceux de la partie supérieure du rectum.

Je citerai comme exemple le fait du grand tragédien Talma, parce que c'est le rétrécissement le plus remarquable et le mieux décrit que je connaisse.

Talma est mort des suites d'une obstruction du rectum. L'histoire de sa maladie a été publiée dans plusieurs journaux de l'époque, d'après la relation de M. le docteur Biett, inséré dans le *Répertoire d'anatomie et de physiologie pathologique, et de chirurgie clinique*, tome III, pages 96 et suivantes.

D'après cette relation et les dessins qui y sont annexés, on voit que la maladie de Talma consistait dans un rétrécissement squirrheux de la partie supérieure du rectum, au point de jonction de cet intestin avec l'*S* iliaque.

Talma était doué d'une forte constitution, et, quoiqu'il jouît dans sa jeunesse d'une santé parfaite, il avait remarqué pourtant que les fonctions du ventre ne se faisaient point d'une manière régulière; tantôt il était tourmenté par une constipation opiniâtre; tantôt il rendait avec effort des matières peu abondantes et non moulées. A une époque peu avancée de sa carrière théâtrale, il abusa des lavements. Il les réitérait quelquefois deux et trois fois par jour, et par ce moyen il recouvrait les forces qui lui manquaient souvent.

Dans le courant de l'année 1825, Talma, étant parvenu à l'âge de soixante-deux ans, éprouva dans les fonctions du ventre des dérangements plus fréquents encore que précédemment, et on s'aperçut, à la suite d'un voyage qu'il fit à Bruxelles, que les matières de déjections étaient souvent mêlées de sang et mucosités. Pendant cet hiver il fit usage, d'après le conseil d'un médecin célèbre, de lavements d'eau salée, dans le but de combattre des symptômes de congestion vers la tête. Ce moyen, employé pendant quelque temps, augmenta l'irritation du rectum.

Le 20 mai 1826, Talma consulta M. Biett pour la première fois. Il lui raconta qu'il rendait avec effort, alors qu'il croyait

se débarrasser d'une grande quantité de matières, quelques mucosités accompagnées seulement d'un peu de matière stercorale non moulée, en cylindres très-étroits et comme ceux d'un enfant. Les lavements ne parvenaient que très-difficilement dans le rectum; ils étaient rejetés presque aussitôt.

Le 18 juin, Talma se livra à un écart de régime qui fut suivi d'une indigestion et d'une constipation opiniâtre. Les lavements et les douches ascendantes qui furent administrés n'arrivaient dans le rectum qu'à une hauteur peu élevée, et n'entraînaient que quelques parcelles de matière stercorale. M. Biett commença dès lors à soupçonner que la constipation était le résultat d'un obstacle physique, et MM. Marc, Breschet, Lebreton et Dupuytren, réunis en consultation les 9 et 10 juillet, alors qu'il existait déjà des symptômes de péritonite et de tympanite, adoptèrent l'opinion de M. Biett; M. Dupuytren constata, après M. Breschet, la cause de la constipation opiniâtre, et introduisit dans le rectum une sonde œsophagienne, qui fut arrêtée à six ou sept pouces par un obstacle qu'on n'essaya pas de franchir. Les purgatifs et les lavements qui furent prescrits amenèrent des selles non moulées. Pour la première fois seulement, depuis vingt et un jours, il y eut une émission de gaz par l'anus.

Le 30 juillet, Talma partit pour la campagne où ses forces s'accrurent d'une manière notable; mais cédant trop souvent aux désirs de son appétit, l'amélioration obtenue ne tarda pas à disparaître. La constipation devint plus grande, et les membres inférieurs commencèrent à s'infiltrer.

Le 26 août, nouvel écart de régime, suivi de vomissements composés de matières d'un noir violacé. A partir de cette époque, la santé de Talma s'altérant notablement, MM. Marc, Breschet, Lebreton, Broussais, Husson, Fouquier, Bourdois, Chaussier, Ferrus, Bégin et Amédée Talma, prirent part aux consultations; mais malgré l'emploi réitéré des purgatifs, des

bains sulfureux pris à Enghien, et l'application du galvanisme, on n'obtenait que de loin en loin des émissions de gaz, ou la sortie de matières fétides non moulées. La sonde œsophagienne, introduite de nouveau par M. Dupuytren, était arrêtée invinciblement à six ou sept pouces, et se courbait quand on voulait la faire avancer. Enfin, tous les accidents s'accrurent, la tympanite fit des progrès, et Talma mourut le 18 octobre, après une agonie courte et tranquille.

A l'autopsie, faite par M. Breschet, vingt-quatre heures après la mort, on trouva un épanchement dans le bassin, formé par des matières de couleur bistre. Le rectum présentait, à six pouces au-dessus de l'anus, un rétrécissement circulaire d'environ deux pouces d'étendue; l'intestin était, dans ce point, dur, résistant, et réduit à trois lignes de diamètre. Au-dessous, le rectum avait le volume de celui d'un enfant.

L'*S* iliaque, rempli de matières fécales, occupait toute la cavité du bassin, et présentait à sa face antérieure une perforation qui avait livré passage aux matières fécales épanchées dans le bassin. Cet intestin avait contracté des adhérences avec la partie du rectum, située au-dessous du rétrécissement, et au centre de cette adhérence existaient la perforation dont nous venons de parler, et un commencement d'ulcération du rectum. En sorte que la nature avait déjà travaillé au rétablissement de la continuité du canal intestinal, interrompu par le rétrécissement.

L'observation de Talma est très-précieuse. On y trouve tout ce qu'on peut désirer dans la relation d'une maladie si digne de fixer l'attention. Les détails historiques sur les antécédents, la maladie, la mort et l'autopsie sont aussi complets que possible, et, ce qui est inappréciable, c'est le dessin de la pièce pathologique, vue sur toutes ses faces. Cette observation est un véritable type qui peut servir de point de comparaison pour toutes les maladies de la même espèce.

Remarquons, comme je l'ai indiqué, que le rétrécissement de Talma se trouve précisément dans la partie naturellement rétrécie, c'est-à-dire, à l'angle de réunion de la fin de l'*S* iliaque et du commencement du rectum.

Quelle est la cause de la maladie de Talma? Y avait-il une disposition originelle par organisation ou par hérédité? Il est fort difficile de répondre à cette question, et il n'est pas possible même de la résoudre. Sans doute la maladie a commencé par une irritation de la partie naturellement rétrécie de l'intestin rectum; l'abus des lavements a dû augmenter cette disposition, et les lavements d'eau salée surtout ont favorisé le développement du rétrécissement. A quelle époque a commencé la maladie? On ne peut exactement répondre à cette question; mais, en remontant aux détails historiques, on voit que le sang et les mucosités que Talma a rendus étant à Bruxelles, indiquent que l'intestin était déjà fort altéré dans le point rétréci.

Du reste, la maladie est bien caractérisée par les épreintes, les difficultés de défécation, et surtout par les matières rubanées ou moulées comme celles d'un enfant. Un des amis de ce grand tragédien m'a raconté que, se promenant avec lui à la campagne, Talma, en voyant un homme du peuple qui accomplissait très-librement la fonction qui était si difficile pour lui, dit, en termes très-énergiques, qu'il enviait son sort; il en est de même des personnes affectées de rétrécissements de l'urèthre, elles éprouvent naturellement la même envie lorsqu'elles voient un jet d'urine sortir librement et avec force.

D'après les détails de l'observation de Talma, on voit qu'il y a eu deux ou trois grands accès de la même maladie. Ce sont des rémissions ou suspensions des symptômes entre les grandes *débâcles*, comme on l'observe dans toutes les maladies analogues.

L'aggravation des symptômes a été progressive et rapide;

les phénomènes ont été les mêmes que dans tous les étranglements des intestins, soit par des hernies ou des volvulus. L'agonie a été courte..., et la mort a été causée par la résorption délétère des matières fécales et des gaz.

Ces réflexions s'appliquent à tous les faits de la même espèce, c'est-à-dire lorsque la mort est précédée par la tympanite stercorale.

L'autopsie de Talma a été faite vingt-quatre heures après la mort, et déjà le ventre présentait *une couleur verte très-prononcée*. Celle de Broussais a été faite trente-six heures après la mort; aussi le cadavre était-il dans un état de putréfaction très-avancé; ce retard a été occasionné par les démarches qu'il a fallu faire pour obtenir l'autorisation de le transporter et de l'ouvrir.

D'après l'autopsie de Talma, on a trouvé qu'il y avait un épanchement dans le bassin, suite de la rupture de la fin de l'*S* iliaque au-dessus du rétrécissement. Cette rupture a été déterminée par une ulcération de la fin de l'*S* iliaque. Elle avait été produite par un travail admirable de la nature, pour rétablir la voie entre l'*S* iliaque et le rectum interrompue par le rétrécissement; mais l'épanchement dans le bassin s'est fait avant que la communication ait eu lieu. Malgré ce qui est dit dans l'observation, je ne pense pas que la voie artificielle fût encore le moindrement achevée; car on aurait trouvé des gaz et des matières dans le rectum, qui était rétréci comme celui d'un enfant; il n'y aurait pas eu de tympanite; le malade aurait peut-être survécu; mais si Talma eût résisté plus longtemps, il est évident que la nature aurait établi la continuité. L'anatomie pathologique a déjà, je crois, constaté ce fait dans des circonstances analogues. Remarquons enfin que si on eût fait par hasard une fausse route, ou mieux une ponction dans le point fluctuant, probablement on eût sauvé le malade.

Comme on le voit, d'après l'autopsie et les dessins de la maladie, Talma n'avait qu'un simple rétrécissement du rectum, formé par un épaississement squirrheux des parois de l'intestin. Peut-être serait-on parvenu à guérir cette maladie si elle eût été située plus bas.

En rapprochant les maladies de Broussais et de Talma, on voit qu'ils sont morts *par la même cause;* c'est le même genre de mort; ils ont succombé tous les deux aux suites d'une obstruction du rectum; sur Talma, le rétrécissement avait lieu à la partie supérieure; sur Broussais, il occupait la partie inférieure [1].

La tympanite stercorale a été le symptôme prédominant sur Talma, parce qu'il y avait une obstruction complète de l'intestin. Ce symptôme ne s'est pas développé sur Broussais; la partie rétrécie du rectum livrait encore passage aux gaz et aux matières fécales délayées.

La mort de Talma a été précédée d'une courte agonie. Broussais n'en a pas eu. Talma n'était pas épuisé, il est mort d'un étranglement violent. Broussais, au contraire, est mort par suite d'une obstruction incomplète qui avait épuisé ses forces. L'établissement d'un anus artificiel était indiqué chez les deux malades. Sur Talma, il y avait toutes les chances d'avenir. Sur Broussais, il y en avait beaucoup moins; mais enfin, c'eût été peut-être un moyen de prolonger la vie.

Il n'est pas inutile de faire remarquer, je crois, que tous deux étaient doués de la même constitution, de la même stature, et avaient la plus grande analogie d'organisation. C'était

[1] Sur Talma, l'intestin a été examiné en place; sur Broussais, il a été enlevé et déchiré. Aussi, pour bien juger du rétrécissement du rectum et les rapports des lésions organiques, il aurait fallu examiner l'intestin en place, comme je le désirais, le fendre seulement au-dessus; alors, en passant le doigt dans la portion malade, on aurait acquis par la vue et le toucher des notions qui ont été détruites par l'arrachement et le déchirement de la partie malade.

la même énergie en pensées, en paroles et en actions; enfin, deux athlètes en tout genre, et jetés presque dans le même moule.

Admirateur du talent de Talma, je fus profondément frappé, à l'époque de sa maladie, par les détails affligeants qui transpiraient sur les difficultés de sa position. Je m'occupais alors des rétrécissements de l'urèthre; je réfléchissais aux difficultés de sa situation, comme si j'avais assisté aux consultations nombreuses dont j'entendais parler, et la dissidence d'opinion des consultants [1] m'excitait encore davantage et presque malgré moi. J'étais comme un jeune officier plein d'ardeur qui assiste à une grande action sans pouvoir y prendre part; il fait ses plans et ses combinaisons comme s'il y était.

Depuis cette époque, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de mettre à profit les méditations et les réflexions qui m'avaient été suggérées par le désir de voir la chirurgie être assez puissante pour conserver des jours aussi précieux que ceux de notre tragédien célèbre, et qui n'a pas encore de successeur.

Que pourrait-on tenter dans des cas analogues à celui de Talma, c'est-à-dire dans les affections de la partie supérieure du rectum?

Je vais essayer de tracer la marche qu'il me paraît convenable de suivre.

Rarement on est appelé dès le début. Rarement on reconnaît la maladie quand elle commence.

Supposons qu'on soit appelé par une affection récente de la portion naturellement rétrécie; il faut d'abord mettre en usage tous les moyens médicaux, tels que les saignées, les sangsues, les lavements émollients, les révulsifs, la diète et le repos. Si ces moyens ne suffisent pas, on peut employer les douches, le bassin étant relevé. Si les symptômes persistent,

[1] Voyez l'ouvrage de M Tanchou, *Rétrécissement de l'urèthre et du rectum*. Paris, 1835, pages 239 et suivantes.

on doit avoir recours à des moyens plus efficaces. Les mèches, dans ce cas, ne peuvent être employées, parce qu'on ne peut les porter aussi haut sans danger avec un mandrin métallique.

J'ai plusieurs fois employé avec avantage, lorsque le rétrécissement est peu dilatable ou peu avancé, de fortes bougies de cire grosses comme des chandelles et plus.

Lorsque le rétrécissement est formé, ce que l'on reconnaît par les épreintes, les difficultés de défécation, le retour instantané des lavements, et surtout par les matières rubanées qui indiquent qu'elles passent à la filière, comme le jet de l'urine par un urèthre rétréci, on doit, d'après ces données, soupçonner l'existence d'un rétrécissement du rectum, et faire une exploration attentive. Si le doigt ne peut atteindre le point rétréci, il ne faut pas désespérer, cependant, mais agir dans ce cas comme on le fait pour les rétrécissements de l'urèthre. Pourquoi ne traiterait-on pas les rétrécissements du rectum comme ceux du canal excréteur de l'urine, avec quelques modifications ? Tout ce qu'on peut faire pour les rétrécissements de l'urèthre est applicable à ceux du rectum. Plusieurs fois déjà j'ai eu occasion de me convaincre de ce que j'avance ici.

Une bougie ou sonde à empreintes est souvent fort utile pour indiquer où se trouve l'ouverture du rétrécissement, et surtout pour franchir l'obstacle ; j'ai quelquefois employé ce moyen avec avantage ; il faut, bien entendu, proportionner la bougie ou la sonde à empreintes, pour la grosseur et la courbure, suivant que l'on veut seulement mouler les parties ou chercher à franchir l'obstacle. L'instrument, garni d'un pinceau de cire molle, pénètre beaucoup mieux dans les sinuosités d'un rétrécissement, qu'une bougie qui en est dépourvue. C'est un fait bien positif et que j'ai constaté souvent, surtout pour l'urèthre rétréci et difficile à sonder.

Lorsque les moyens que je viens d'indiquer ne suffisent pas, on doit employer toutes les ressources connues et en imaginer de nouvelles appropriées aux faits particuliers; comme je l'ai dit en commençant, on peut se servir utilement des sondes courbes, élastiques et métalliques. Sur Talma, on ne s'est servi que de la sonde œsophagienne; si on eût employé une sonde largement recourbée, peut-être aurait-on pu pénétrer. Du moins, on aurait eu beaucoup plus de chances. Pour favoriser l'introduction des bougies et des sondes, on doit faire des injections, on peut aussi se servir utilement d'un dé armé d'une bougie ou d'un doigt artificiel.

Si, malgré tous les essais les mieux combinés, on ne réussit pas, et si l'on craint de faire une fausse route, on doit renoncer à ces tentatives; mais, dans quelques cas, on pourrait tenter d'établir une route artificielle par la ponction. Comme on l'a vu, Talma était dans les conditions les plus favorables à ce genre d'opération.

Enfin, s'il n'était pas possible de rétablir la voie par en bas, il faudrait avoir recours à l'opération de l'anus artificiel.

Les rétrécissements carcinomateux ou cancéreux sont bien plus graves encore que les précédents, et presque toujours funestes quand ils ont acquis un certain développement.

Les affections carcinomateuses du rectum ne sont pas rares, mais elles le sont beaucoup cependant en les comparant à celles de l'utérus.

Ces altérations commencent, tantôt par des exubérances, des tumeurs indurées, et le plus souvent par des plaques bosselées ou ulcérées.

Il convient d'abord d'écarter les causes appréciables de la maladie, et d'avoir recours aux moyens médicaux les plus actifs, tels que la diète, les sangsues, les lavements, etc.

Il faut toucher et voir assez souvent la partie malade, pour ne pas se laisser gagner de vitesse par la maladie.

Après avoir épuisé les moyens médicaux, il ne faut pas croire, comme on le pense généralement, que la chirurgie est dans ces cas impuissante. Il faut, au contraire, promptement lui demander des secours. En un mot, il faut faire pour les affections carcinomateuses du rectum ce que l'on fait pour celles de l'utérus; et, pour l'organe qui nous occupe, il est encore plus urgent d'agir promptement, parce qu'il est plus essentiel à la vie.

La cautérisation appliquée aux affections ulcéreuses du rectum est un moyen puissant et beaucoup trop négligé.

Puisque nous avons la possibilité de voir dans cet intestin avec le spéculum, il faut faire pour les affections ulcéreuses du rectum ce que l'on fait avec tant de succès pour celles de l'utérus, pour celles de la face, etc.

Personne ne conteste que l'on guérit les ulcères de la face; pour ma part, j'en ai guéri un bon nombre de la plus mauvaise espèce, et de ceux qu'on désigne sous le nom de *noli me tangere*. Je crois donc avoir préservé les malades d'un envahissement cancéreux par la cautérisation et les moyens auxiliaires. J'en puis dire autant des ulcères du col de l'utérus.

S'il est bien démontré maintenant, et pour moi j'ai l'intime conviction que, lorsqu'on est appelé avant que la maladie ait fait trop de ravages, on guérit par la cautérisation des ulcères du col utérin de la plus mauvaise nature, pourquoi n'en serait-il pas de même de ceux du rectum?

Le point important, c'est d'être appelé à temps et d'agir convenablement. On est appelé à temps quand l'affection ne dépasse pas le col; on est appelé trop tard quand on trouve que la maladie a envahi l'organe et même les tissus voisins, que le col utérin est boursoufflé et représente un renflement cancéreux dont on ne peut pas apprécier les limites. Tous les praticiens qui ont une conviction arrêtée, sont comme moi

profondément attristés quand ils sont appelés par de malheureuses femmes qui ont des affections incurables, soit parce qu'elles n'ont rien fait, et plus malheureusement encore parce qu'elles ont employé des moyens insignifiants conseillés par des médecins qui ont négligé plusieurs mois, pendant un an et plus, de toucher et d'examiner au spéculum; l'aveuglement des malades et des médecins, dans ces cas, est bien déplorable, et nous constatons trop souvent ce fait affligeant. Je pourrais citer des exemples récents de victimes de l'incurie, ou d'une médecine mensongère ou insignifiante.

La condition des femmes est d'autant plus à plaindre dans ces cas, qu'elles savent souvent trop tôt le sort qui les attend, quand elles finissent par reconnaître qu'elles ont un *ulcère de la matrice;* mais, en général, leur résignation égale leur courage : c'est alors qu'on regrette l'impuissance de la chirurgie, malgré les efforts tentés par MM. Récamier, Dupuytren, Lisfranc, etc.

Cette digression sur les affections de l'utérus m'était nécessaire pour me permettre de dire avec force aux praticiens que c'est un devoir pressant et sacré pour eux de toucher et d'explorer avec le spéculum dès qu'ils soupçonnent la moindre altération de l'utérus.

Tout ce que je viens de dire des affections carcinomateuses du col utérin s'applique complétement aux maladies de la même nature qui attaquent le rectum.

Sans doute la cautérisation est bien plus difficile à appliquer dans le rectum que dans le vagin, mais ce n'est pas une raison pour ne pas chercher à vaincre les difficultés et à profiter de cette précieuse ressource pour empêcher, dès le début, le développement d'une maladie funeste.

Pour les ulcérations ou fongosités du col de l'utérus, je donne la préférence aux caustiques solides comme le nitrate d'argent, la potasse caustique en gros cylindres; les caustiques

liquides ne sont pas aussi faciles à manier; ils bavent souvent, malgré toutes les précautions.

Je fais de même pour le rectum, et ici l'avantage est encore bien mieux senti; car si on circonscrit le col, il est borné par la circonférence du spéculum. Il n'en est pas de même de la partie du rectum sur laquelle on veut agir. Cependant en se servant de mon *spéculum Ani*, on peut presque avoir le même avantage; mais sur le rectum il faut agir avec beaucoup plus de réserve encore que sur l'utérus, parce que les parois de l'intestin sont molles et minces.

La dilatation et la compression après la chute des escarres ne doivent pas être négligées. La dilatation seule préconisée par Desault ne peut être considérée que comme un moyen palliatif ou auxiliaire de la cautérisation, à moins que l'affection ne soit vénérienne, comme dans presque tous les cas rapportés par ce grand chirurgien.

Lorsqu'il existe des tumeurs pédiculés dans le rectum, on peut les attaquer par la cautérisation, l'écrasement, l'excision ou la ligature; mais je donne la préférence à ce dernier moyen.

La ligature des tumeurs du rectum est infiniment préférable à l'excision, parce qu'elle ne fait redouter aucun des accidents de la division brusque et particulièrement l'hémorragie.

Pour faire la ligature, je me sers de fil de soie très-fin et très-fort; par ce moyen je serre aussi fortement que possible, et je n'ai jamais eu d'accidents.

Si le pédicule de la tumeur est trop gros, je remplace le fil de soie par un fil d'argent que je serre au moyen d'un petit serre-nœud en T.

Lorsqu'il est trop difficile ou impossible de lier les tumeurs, on peut quelquefois avoir recours à l'écrasement. C'est un moyen fort utile et que j'emploie assez souvent quand il faut agir à une grande profondeur et dans le voisinage d'organes importants, et surtout des vaisseaux et des nerfs.

L'excision des tumeurs du rectum est, en général, un moyen très-expéditif et commode; mais, comme il est fort dangereux, il faut être réservé dans l'emploi de ce procédé, parce que le rectum est extrêmement vasculaire.

Les hémorragies, suites de l'excision, doivent rendre très-circonspect dans l'emploi de ce moyen. Les accidents arrivés à la suite de son emploi sont très-fréquents et ont été trop souvent funestes. Les praticiens doivent donc être sur leurs gardes quand ils lui donnent la préférence, ou s'ils sont forcés d'y avoir recours.

Lorsque la maladie affecte les parois du rectum, et qu'elle a envahi toute la circonférence d'une partie de cet intestin, si la cautérisation était impuissante, faudrait-il avoir recours à l'extirpation de la partie malade ?

L'ablation d'une partie du rectum est une opération extrêmement grave; il faut bien en peser les chances avant de l'entreprendre.

Je crains qu'on ne puisse dire, d'après les résultats, qu'il en est de l'extirpation d'une portion du rectum comme de celle de la matrice : rarement elle réussit.

Enfin lorsqu'on ne peut vaincre l'obstacle et détruire la maladie, s'il n'existe pas de complication et de contre-indication, il ne reste plus qu'un moyen pour essayer de prolonger les jours du malade, c'est d'établir un anus artificiel.

Sans doute, c'est acheter la vie bien cher que de la devoir à une infirmité si dégoûtante ; mais qui ne voudrait à ce prix avoir pu conserver quelques années de plus Talma, Broussais, et tous ceux qui sont morts trop tôt par la même cause ?

Il y a plusieurs années, j'ai été appelé par M. le docteur Bousquet pour donner des soins à M. de Saint-A... Il avait une obstruction du rectum, les purgatifs et les moyens mécaniques furent impuissants; il nous était impossible de vaincre

l'obstacle qui était situé très-haut dans le bassin. Après avoir inutilement attendu plusieurs jours l'effet des purgatifs et des moyens mécaniques, la tympanite stercorale se déclara, et alors, au lieu de laisser mourir le malade des suites de la rétention des matières fécales, je proposai d'établir un anus artificiel; ma proposition ne fut pas acceptée. Le malade mourut quelques jours après. On ne nous permit pas de l'ouvrir.

M. Bousquet, en faisant des recherches sur cette maladie, me dit qu'il existait un fait en faveur du moyen que je proposais, et qu'il se trouvait dans l'ouvrage d'Odier. En effet, dans le *Manuel de médecine pratique* de Louis Odier, de Genève (2e éd. 1811, p. 274), on trouve qu'après avoir parlé des moyens propres à combattre la tympanite stercorale, tels que l'huile de ricin, les pilules de Pringle, des lavements, des suppositoires fort actifs, il ajoute : « Ou enfin, par l'entérotomie que j'ai vu faire avec succès; c'était sur une malade, âgée de soixante-dix ans, qui, après une diarrhée de quelques mois, se trouva constipée au point que les purgatifs plus forts furent sans effet; le ventre se tendit et devint douloureux. Il survint enfin des symptômes très-prononcés de gangrène, et une mort prochaine semblait inévitable. Dans cette extrémité nous résolûmes de tenter l'opération, et elle réussit. M. Fine qui la pratiqua, fit une incision dans la partie de l'abdomen qui était plus saillante; il retint ensuite l'intestin à la surface de la plaie, en passant au travers du mésentère un fil qu'il assujétit sur les côtés du ventre par des bandelettes d'emplâtre agglutinatif. Il ouvrit enfin l'intestin par une incision assez longue pour donner issue aux matières fécales qui en sortirent en abondance. La tension et les symptômes de gangrène diminuèrent d'abord et cessèrent entièrement peu de jours après. L'intestin contracta bientôt avec les bords de la plaie des adhérences qui rendirent le fil inutile. Il s'y forma un anus artificiel, par lequel les matières fécales sortaient, non

pas continuellement comme nous y étions attendus, mais une ou deux fois par jour seulement, et avec un sentiment de besoin préalable, qui donnait à la malade le temps de préparer le petit pansement nécessaire pour ne pas se salir. A cette incommodité près, elle fut pendant plus d'un an assez bien pour aller et venir et faire toutes ses fonctions. Alors elle devint hydropique et mourut; à l'ouverture on trouva une tumeur fort dure, qui comprimait l'intestin rectum à son origine, et l'oblitérait entièrement. »

Le fait qui précède est extrêmement précieux, mais il manque de détails importants.

Remarquons d'abord que c'est sur une femme de soixante-dix ans qu'a été pratiquée une opération aussi grave, déjà il y avait des symptômes de gangrène, et l'opération a réussi, malgré une pareille complication; on dit que l'ouverture du ventre a été faite dans le point le plus saillant, sans doute au milieu. On ne dit pas quel est l'intestin qui a été ouvert; il est probable que c'est le colon transverse. Quoi qu'il en soit, le fait reste. Il suffit pour engager les chirurgiens à suivre cette conduite éclairée et courageuse.

Depuis que je connais le fait précieux de Fine cité par Odier, j'ai inutilement cherché dans les manuels d'opération et même dans les traités de médecine opératoire et de chirurgie. On ne parle que de l'anus artificiel chez les enfants; mais j'ai trouvé dans les journaux et les dictionnaires de médecine quelques autres faits analogues à celui de Fine qui ont encore fortifié mon opinion et étayé les raisons qui militent en faveur de cette opération hardie.

En 1814, le docteur Martland a pratiqué avec succès l'opération d'un anus artificiel sur un homme robuste dont le rectum était complétement obstrué par une tumeur. Ce fait a été publié dans l'*Edimb. méd. and surg. journ.*, oct. 1825, p. 271.

En 1817, le docteur Freer, de Birmingham, a pratiqué une

opération d'anus artificiel sur un homme âgé de quarante-sept ans, qui mourut le dixième jour.

En 1820, Pring a pratiqué avec succès la même opération sur une femme âgée de soixante-six ans. Ces deux faits ont été publiés dans le *London med. phys. journal, 1821*[1].

D'après les faits que je viens de rapporter, on voit que cette grave opération a réussi trois fois sur quatre des faits connus, tandis que, chez les enfants, elle n'a réussi que trois fois sur un grand nombre de tentatives.

Aux faits concluants en faveur de l'opération de l'anus artificiel, nous devons ajouter l'opinion de Dupuytren. Dans son article *anus anormal* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, il approuve et conseille complétement l'opération de l'anus artificiel dans les cas analogues à celui de Talma.

L'établissement d'un anus artificiel est un parti violent qu'on ne peut prendre qu'en désespoir de cause et après avoir vainement attendu l'efficacité de tous les autres moyens. Sans doute, il ne faut pas se presser; on ne doit pas tenter trop tôt une pareille opération; mais aussi il ne faut pas la faire trop tard. Il convient de prendre toutes les précautions possibles, et de n'y avoir recours qu'après de sérieuses réflexions, et après l'avoir décidée en consultation avec les hommes les plus capables; du reste, il est bien probable qu'on la fera en général plutôt trop tard que trop tôt.

L'ouverture de l'intestin est comme la ponction de la vessie, l'une vaut l'autre; ce sont les mêmes indications qui doivent porter à tenter des opérations aussi périlleuses. La tympanite stercorale qui résiste à tous les autres moyens est, en général, le symptôme le plus saillant d'une affection grave et presque toujours mortelle.

[1] Ils ont été traduits en entier dans une brochure de M. Costallat, intitulée : *Essai sur un nouveau mode de dilatation, particulièrement appliquée aux rétrécissements du rectum.* Paris, 1834, pages 79 et suivantes.

Déjà plusieurs fois j'ai été appelé dans des cas de cette espèce, et lorsqu'il y avait un obstacle insurmontable au cours des matières et même des gaz.

Après m'être convaincu de l'existence d'une affection organique, et avoir épuisé toutes mes ressources, j'ai proposé et insisté fortement sur la nécessité d'établir une autre voie à l'intestin bouché complétement; mais, je dois le dire, je n'ai pas été secondé par la majorité des consultants, et par les malades eux-mêmes.

J'avoue que si je trouvais l'occasion d'établir un anus artificiel, je serais fort embarrassé sur le choix du procédé; car il est difficile de dire, d'après les résultats, quel est le plus avantageux, parce qu'on ne connaît guère que les succès; d'ailleurs, ils n'ont pas tous été également tentés; celui de Callisen, par exemple, n'a été appliqué sur le vivant qu'une fois par M. Roux: c'était sur un enfant imperforé qui mourut deux heures après l'opération.

Un seul fait ne suffit pas pour faire rejeter un procédé, comme le font tous ceux qui en parlent sans prendre la peine de donner des raisons et sans dire même s'ils l'ont essayé; beaucoup de motifs me portent à croire qu'ils n'ont pas suivi le conseil que je donne plus loin pour apprécier les trois procédés à leur juste valeur.

Malgré les succès obtenus par l'opération de Littre, je ne puis m'empêcher de dire que le meilleur procédé est, à mon avis, celui qui permet d'amener facilement les orifices de l'intestin divisé au niveau de la plaie sans intéresser le péritoine.

Du reste, pour bien juger cette question, il faut essayer les divers procédés. Sur le même cadavre, on peut les exécuter tous les trois et les comparer.

En ouvrant la région lombaire gauche en avant, pour aller chercher le colon, on s'aperçoit de suite qu'on ne peut amener l'intestin à la peau, parce qu'il est profondément situé et

attaché au fond de cette région; par conséquent, il ne faut pas insister sur ce procédé, il doit être abandonné complétement.

Si on ouvre l'abdomen dans la fosse iliaque gauche, à un pouce en avant de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, on tombe sur le commencement de l'*S* iliaque, au moment où le colon passe de la région lombaire dans le bassin, là où il forme une anse qu'on trouve facilement et qu'on amène aisément à la peau, surtout en prenant l'anse le plus bas possible.

Sur le même cadavre, on peut pratiquer le procédé de Callisen. Pour cela on retourne le sujet, et on fait une incision en arrière de la région lombaire parallèlement au bord externe du muscle carré des lombes.

En réfléchissant au procédé de Callisen, j'ai pensé qu'il serait beaucoup plus avantageux, sous tous les rapports, de faire l'incision en travers de la région lombaire, au lieu de la faire en long. D'abord on voit mieux ce qu'on fait, et par conséquent on est plus sûr de découvrir l'intestin et de l'attirer au dehors sans intéresser le péritoine. En outre, par cette simple modification de l'incision, on évite beaucoup de vaisseaux et de nerfs importants.

Sur le même cadavre, on peut de suite se convaincre de ce que je dis en faisant une incision en travers, au-dessus et au-dessous de la terminaison de la première.

Les faits observés sur l'homme et les nombreuses expériences que j'ai faites sur les animaux vivants pour établir un anus artificiel et le guérir ensuite, m'ont appris que la première condition du succès, c'est de faire saillir plus que moins les bouts de l'intestin, surtout le supérieur, et de les assujétir fortement à la peau, afin d'empêcher leur rétraction; car le moindre épanchement de bile ou de matière fécale détermine des inflammations mortelles en peu de temps. Le fil que l'on conseille généralement de passer dans la mésentère me paraît un moyen

dangereux et insuffisant; il est bien préférable, sous tous les rapports, de faire la suture des bouts de l'intestin en l'attachant à la peau.

Comme on vient de le voir, d'après les expériences que j'ai faites, je serais bien tenté de donner la préférence au procédé de Callisen, puisque c'est celui qui permet le mieux de suivre les deux conditions essentielles, c'est-à-dire, d'amener facilement les bouts de l'intestin au niveau de la peau, et c'est le seul dans lequel on puisse éviter d'intéresser le péritoine. De plus, on n'a pas à redouter la sortie des intestins grêles, comme par le procédé de Littre.

Il n'est pas inutile de faire remarquer que, lorsqu'on pratique cette opération sur l'homme, le gros intestin est distendu par des matières fécales et des gaz. Cette disposition rend l'opération plus facile et permet d'éviter, plus sûrement encore, d'intéresser le péritoine; mais cette condition n'est pas nécessaire, comme on peut s'en convaincre en faisant des essais.

Maintenant, supposons l'anus anormal établi par le procédé de Callisen, comparons-le à celui de Littre, c'est-à-dire, vis-à-vis la fosse iliaque gauche. Il me semble qu'il y aurait, sous tous les rapports, autant et plus d'avantage à avoir un anus anormal qu'en avant de l'abdomen.

Je livre ces remarques aux praticiens. Pour juger sainement, il suffit, comme je l'ai dit, d'essayer sur le cadavre et de comparer. Du reste c'est un devoir, car il s'agit de la haute chirurgie, de la chirurgie exceptionnelle. Il faut être bien préparé pour être prêt à agir consciencieusement dans l'occurrence, et, pour être en mesure, il faut méditer et faire des expériences sur le cadavre, et même sur les animaux vivants, avant d'oser l'appliquer sur l'homme, et ce genre d'essai est complétement négligé dans les cours pratiques. On est bien sûr de soi quand on a essayé, comparé et médité les divers procédés relatifs à un mode opératoire. Cette règle de conduite, qui est applicable

à toutes les opérations, est bien plus indispensable encore quand il s'agit d'une opération fort insolite, et qui fait peser sur le chirurgien une si grande responsabilité. Après ces conditions essentielles, il y en a une autre plus importante encore. Pour pratiquer consciencieusement la chirurgie, il faut se supposer à la place du malade pour s'identifier avec lui autant que possible et compatir véritablement à sa situation. Dès qu'on y est parvenu, il suffit de s'adresser à soi-même la question suivante : Si j'étais en pareille occasion, me laisserais-je faire l'opération que je propose et que je crois indispensable? Si la réponse est affirmative, on peut opérer sans crainte de remords; c'est ce que je fais et ce que je conseille aux chirurgiens qui suivent mes cours. Il est surtout utile d'en agir de la sorte lorsque le cas est urgent, lorsqu'on n'a pas la possibilité d'avoir des consultants, lorsqu'enfin on est réduit à ses propres forces. C'est alors qu'on peut tirer un grand parti de cette consultation intérieure avec soi-même.

Malgré toutes ces précautions, il n'est pas inutile de faire remarquer la difficulté de la chirurgie et des grandes opérations, quand elles s'appliquent surtout à des hommes comme Talma et Broussais.

Sans doute, la chirurgie est périlleuse pour l'opérateur quand il la fait sur des personnes éminentes : mais avec un jugement droit et ferme et en agissant avec une grande circonspection, le chirurgien doit aussi ne pas trop s'en préoccuper; il doit même, pour agir librement, se débarrasser de cette gêne et ne voir que le salut du malade. Enfin, après quelques mûres réflexions, il faut proposer tout ce qu'il conviendrait de faire sur tout autre malade et appeler les hommes les plus éclairés et les plus consciencieux à donner leur avis. S'ils approuvent l'opération proposée, on n'a plus que la responsabilité de l'exécution; quoiqu'elle soit grande et immense et qu'elle fasse quelquefois reculer les hommes le plus haut placés, il faut

avoir le courage de sa position, et c'est ici le cas de dire : « Fais ce que dois, advienne que pourra. »

On est bien fort quand on a la vérité et la droiture pour soi. La calomnie même est souvent impuissante ou facilement confondue.

Ces réflexions pratiques, jetées à la hâte, à l'occasion de la maladie de Broussais, prouvent évidemment qu'il ne faut jamais abandonner les malades qui ont le malheur d'être affectés des maux les plus difficiles à guérir ou même incurables, et, pour s'excuser, il ne suffit pas de dire qu'on les croit au-dessus des ressources de la chirurgie ; car il est certain qu'avec une persévérance éclairée et courageuse on triomphera souvent des difficultés qu'on aurait pu croire insurmontables, et l'on parviendra, j'espère, à sauver ou, au moins, à prolonger la vie des malades qu'on regarde généralement comme voués à une mort certaine.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 977

MÉMOIRE

SUR

LA POSSIBILITÉ D'ETABLIR

UN ANUS ARTIFICIEL

DANS

LA RÉGION LOMBAIRE

SANS PÉNÉTRER DANS LE PÉRITOINE.

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR.

LITHOTRIPSIE ET CYSTOTOMIE HYPOGASTRIQUE ou mieux postéro-pubienne ; 1832.

CONCRÉTIONS URINAIRES DE L'ESPÈCE HUMAINE, classées sous le double rapport de leur volume et de leur forme ; 1832.

OBSERVATION SUR UNE OPÉRATION DE VAGIN ARTIFICIEL, pratiquée avec succès par un nouveau procédé, etc., ; 1835.

OBSERVATION SUR UNE OPÉRATION D'ANUS ARTIFICIEL, pratiquée avec succès par un nouveau procédé, etc. ; 1835.

DU SPASME DE L'URÈTRE ET DES OBSTACLES VÉRITABLES QU'ON PEUT RENCONTRER EN INTRODUISANT DES INSTRUMENS DANS LE CANAL ; 1836.

RELATION DE LA MALADIE DE BROUSSAIS, suivie de quelques réflexions pratiques sur les obstructions du rectum ; 1838.

RECHERCHES SUR L'INTRODUCTION ACCIDENTELLE DE L'AIR DANS LES VEINES ; 1839.

LEÇONS DU DOCTEUR AMUSSAT SUR LES RÉTENTIONS D'URINE, etc., publiées sous ses yeux, par A. Petit (de l'Ile de Ré) ; 1832.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA TORSION DES ARTÈRES, et autres moyens hémostatiques, etc. ; par A. Petit (de l'Ile de Ré) ; 1831.

DE LA TORSION DES ARTÈRES, dissertation inaugurale, soutenue à l'Université de Berlin, par Schrader (de Brunswick) ; traduite par A. Petit (de l'Ile de Ré) ; 1831.

Imprimerie de FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 18.

[illegible]

MÉMOIRE

SUR

LA POSSIBILITÉ D'ÉTABLIR

UN ANUS ARTIFICIEL

DANS

LA RÉGION LOMBAIRE

SANS PÉNÉTRER DANS LE PÉRITOINE.

LU A L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, LE 1er OCTOBRE 1839.

PAR

J.-Z. AMUSSAT.

PARIS.

GERMER-BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17 BIS,

LONDRES,
H. Baillière, 219, Regent street,
LEIPZIG,
Brockhaus et Avenarius, Michelsen.

LYON,
Savy, 49, quai des Célestins.
FLORENCE,
Ricordi et Cie, libraires,

MONTPELLIER, Castel, Sevalle.

1839

Introduction.

Études chirurgicales.

Essais comparatifs des divers procédés.

Maladies qui réclament l'établissement de l'anus artificiel.

Première observation.

Deuxième observation.

Réflexions sur les deux opérations.

Nécessité de vérifier la possibilité de l'opération.

Corollaires.

Documens.

Faits et Mémoires reproduits en entier, depuis Littre jusqu'a présent.

Réflexions sur les documens.

INTRODUCTION.

L'idée d'ouvrir le colon lombaire gauche sans intéresser le péritoine est assez ancienne; mais elle avait paru inexécutable jusqu'à présent, comme je vais le prouver par quelques citations.

Callisen dit dans son ouvrage (*Systema chirurgiæ*, etc., édition de 1800, page 688) :

« L'incision du cœcum ou du colon descendant qui a été » proposée dans cet état de choses (imperforation du rectum » chez les enfans), au moyen d'une section pratiquée dans la » région lombaire gauche, sur le bord du muscle carré des » lombes, pour établir un anus artificiel, présente une chance » tout-à-fait incertaine, et la vie du petit malade pourra à peine » être sauvée. Toutefois, l'intestin peut être atteint plus facile- » ment dans ce lieu qu'au-dessus de la région inguinale. »

Sabatier, dans son ouvrage de médecine opératoire, 2e édition, 1810, tom 3, page 337, dit :

« Au lieu de faire une ouverture au ventre, au-dessus de » l'aîne, M. Callisen, chirurgien qui jouit d'une réputation dis- » tinguée à Copenhague, a proposé d'aller chercher la partie » gauche du colon dans son trajet le long de la région lom- » baire, où il suppose qu'elle est, en quelque sorte, au-dehors » de la cavité du péritoine... M. Callisen a essayé cette opéra- » tion sur un enfant mort, qui avait le rectum imperforé sans » apparence d'anus. Il n'avait pas assez bien pris ses dimen- » sions, de sorte qu'il ouvrit le péritoine, et pénétra dans le » ventre. Ayant fait une seconde ouverture plus en arrière, il

» parvint au colon, comme il se l'était proposé. Cependant, il » ne dissimule pas que ses doigts, qu'il avait introduits dans » la première incision, et dont il se servit pour assujétir cet in- » testin, lui furent très utiles. La plaie, faite dans le lieu qu'il » désigne, ne lui paraît pas devoir être de grande importance, » vu le petit nombre de vaisseaux sanguins qui s'y rencon- » trent.

» Ce procédé est louable, puisqu'il a pour but, ainsi que » celui de Littre, de conserver des enfans qui semblent dévoués » à une mort certaine; mais les difficultés que son exécution » présente ne sont pas compensées par le faible avantage qui » pourrait en résulter. D'ailleurs, rien n'est moins sûr que la » position que M. Callisen attribue au colon dans les enfans du » premier âge. Il semble, au contraire, que cet intestin est re- » tenu par un lien membraneux et lâche, qui est de la même » nature que le méso-colon et qui le rend, en quelque manière, » flottant dans le ventre. Il vaudrait donc mieux s'en tenir à » l'opération de Littre, qui paraît plus facile à pratiquer, et qui » a eu, entre les mains de M. Duret, un succès dont il n'est » pas possible de douter. »

Sabatier n'indique pas où il a puisé les renseignemens précieux qu'il donne relativement à l'essai que Callisen fit de son procédé sur un cadavre d'enfant.

Duret, en racontant l'opération heureuse qu'il a pratiquée par la méthode de Littre sur un enfant imperforé, dit, p. 47, t. IV, *Recueil périodique de la Société de Médecine de Paris* :

« Pour donner plus de confiance en ce moyen extraordi- » naire, j'exécutai l'opération de l'anus artificiel sur le cada- » vre d'un enfant d'environ quinze jours, que je pris à l'hôpital » des pauvres de cette ville; je pratiquai une incision entre la » dernière des fausses côtes, du côté gauche, et la crête de l'os

» des îles; la plaie pouvait avoir deux pouces d'étendue ; elle » découvrait la gibbosité du rein et une petite région de la » partie gauche du colon; cette dernière fut ouverte; ensuite » on injecta de l'eau par l'anus; une partie du fluide sortit de » l'ouverture du colon, et une autre partie s'épancha dans le » ventre; il fut reconnu, par l'ouverture de l'abdomen, que » dans le fœtus les parties latérales du colon ne sont pas hors » du péritoine comme dans l'adulte, qu'elles ont un *méso-colon* » qui les rend libres et flottantes. Cette circonstance fit reje- » ter l'opération dans cet endroit, dans la crainte qu'elle n'eût » donné lieu à un épanchement de méconium dans le ventre. »

MARTIN le jeune, dans un rapport qu'il fit à la Société de médecine de Lyon, sur une observation de Dumas, dit p. 189 du *Recueil des actes* de cette Société :

« Le motif allégué par Callisen, pour faire l'incision à la por- » tion lombaire du colon dans l'endroit où cet intestin est hors » de la cavité du péritoine, nous paraît tout-à-fait illusoire, et » nous *défions* l'anatomiste le plus exercé de pouvoir l'attein- » dre dans le très petit espace, où, fixé par le méso-colon, il » ne répond point à la cavité du péritoine. D'ailleurs, l'épais- » seur des tégumens, l'abondance du tissu cellulaire graisseux, » le voisinage des reins, et surtout l'incommodité très grande » d'un anus artificiel placé dans cet endroit, sont autant de » raisons qui militent contre ce procédé. »

DUPUYTREN, dans l'article ANUS ANORMAL, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tome III, page 117, dit :

« Callisen proposa de pénétrer jusqu'au colon descendant à » travers une incision pratiquée en arrière, entre l'épine ilia- » que et le rebord des dernières côtes, parallèlement au bord » externe du muscle carré des lombes.

» Il espérait attaquer ainsi le gros intestin entre les deux la-

» mes de son mésentère, sans toucher au péritoine, et éviter » ainsi les épanchemens de matières stercorales dans le ventre. Mais sa position paraît trop incertaine, et son repli péritonéal *a trop peu d'épaisseur*, pour qu'on puisse aisément pénétrer entre les deux feuillets qui le composent, sans ouvrir » la cavité de l'abdomen.

» Callisen lui-même, en essayant l'opération sur le cadavre, » ne put éviter cet écueil. Aussi, sa proposition est-elle restée » sans approbateurs et sans être mise en pratique. »

Enfin, on trouve dans l'ouvrage de médecine opératoire de M. Velpeau, tome 4, page 751, le passage suivant :

« Le procédé de Callisen ne mérite point d'être tiré de l'ou» bli où les modernes l'ont laissé. Incomparablement plus dif» ficile et non moins dangereux, il serait plus incommode en» core que celui de Littre. »

Je pourrais faire un bien plus grand nombre de citations; mais, pour abréger, je me contenterai de dire que tous les auteurs de chirurgie rejettent le procédé de Callisen, et donnent la préférence à celui de Littre.

L'idée d'ouvrir le gros intestin dans la région lombaire n'est pas nouvelle, sans le moindre doute; mais les essais infructueux tentés sur le cadavre par Callisen et par Duret, et les notions inexactes sur l'anatomie chirurgicale du colon lombaire, avaient fait rejeter complètement cette belle idée, et personne n'avait encore osé la mettre à exécution sur le vivant.

Dans plusieurs ouvrages de chirurgie, on dit cependant que M. Roux a appliqué le procédé de Callisen sur un enfant imperforé : mais ce chirurgien m'a assuré dernièrement, à plusieurs reprises, que c'est le procédé de Littre et non celui de Callisen qu'il a mis en pratique sur un enfant qui est mort quelques heures après.

MM. Roche et Sanson (*Nouveaux Élémens de Pathologie Médico-Chirurgicale*, 3e édition, tome v, page 440) disent à l'occasion du procédé de Callisen :

« Il paraît que ce procédé a été exécuté avec succès. On nous » a désigné un jeune homme qui porte, dit-on, à la région lom- » baire, un anus qu'on lui a pratiqué au moment de sa nais- » sance. Mais nous n'avons pu avoir aucun détail sur l'opéra- » tion, ni obtenu la permission d'examiner l'état des parties. »

Comme on le voit, rien ne prouve que dans ce cas, le colon ait été ouvert sans intéresser le péritoine. Et je pense avoir établi que l'idée d'ouvrir cet intestin, sans pénétrer dans la cavité de la membrane séreuse, avait été rejetée, abandonnée, et n'avait point encore été exécutée sur le vivant. Cette opération était frappée de réprobation, et personne, surtout parmi les modernes, n'avait dit un mot en sa faveur.

Allan, seul, n'a pas désespéré du procédé de Callisen; il termine un rapport qu'il fit à la société de Médecine de Paris par le passage suivant :

« *Quoi qu'il en soit, nous pensons que le procédé de Callisen* » *mérite d'être médité, et que si on parvient à le rendre sûr et* » *facile, les suites en seront infiniment moins désagréables et* » *moins incommodes pour ceux qu'il aura rendus à la vie.* »

Je crois avoir rempli le vœu d'Allan.

Des études positives d'anatomie chirurgicale m'ont conduit à cette opération, comme elles m'ont conduit à la lithotripsie.

A l'époque où je donnais des soins à notre célèbre Broussais, pour une obstruction cancéreuse du rectum, j'étais vivement préoccupé de son état, et je me préparais à toutes les éventualités de la situation grave dans laquelle il se trouvait. Après avoir médité sur les ressources de la chirurgie en pareille occurrence, je fis, sur le cadavre, des essais comparatifs des

divers procédés qui ont été proposés pour établir un anus artificiel, et bientôt j'arrivai à découvrir qu'on avait eu complétement tort d'abandonner l'idée d'ouvrir le colon lombaire, sans intéresser le péritoine, comme on peut le voir dans la relation que j'ai donnée de la maladie de Broussais (1).

Longtemps, j'ai hésité à remettre en honneur une idée si formellement blâmée; mais enfin j'ai publié mon opinion dans la *Gazette Médicale* du 5 janvier 1839, tome VII, page 7.

Deux fois déjà, j'ai exécuté cette opération avec succès; j'espère qu'elle sera adoptée par les chirurgiens, et que bientôt elle entrera dans le domaine chirurgical.

Ce Mémoire est divisé en TROIS PARTIES bien distinctes :

La PREMIÈRE est consacrée à des études d'anatomie chirurgicale et à mes faits particuliers,

La SECONDE renferme tous les documens qui se rattachent directement à mon sujet;

Et la TROISIÈME contient les réflexions qui m'ont été suggérées par les documens,

(1) Chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 13 bis.

Ire PARTIE.

ÉTUDES D'ANATOMIE CHIRURGICALE ET FAITS PARTICULIERS.

Cette première partie est divisée en quatre chapitres :

Le 1er est relatif à l'anatomie chirurgicale de la région lombaire et du colon correspondant.

Le 2me est consacré aux essais comparatifs des divers procédés pour établir un anus artificiel à l'abdomen.

Le 3me renferme les indications de l'opération.

Et le 4me est réservé à mes faits particuliers.

CHAPITRE Ier.

ANATOMIE CHIRURGICALE.

Les études chirurgicales relatives à l'importante opération qui fait le sujet de ce mémoire méritent une attention particulière.

La région du flanc a été peu étudiée sous le rapport chirurgical, disons même qu'elle a été mal étudiée; jusqu'à présent, on a négligé cette région. Désormais, j'espère, elle offrira beaucoup d'intérêt, et elle sera par conséquent scrutée avec plus de soin, puisqu'on l'observera en vue d'une opération majeure, et, comme on le sait, c'est une tout autre chose de faire l'anatomie chirurgicale sans but, ou avec un but réel.

L'anatomie chirurgicale qui m'a conduit au procédé que j'emploie n'est pas cette anatomie chirurgicale sèche et aride, qui consiste à décrire minutieusement tous les objets qui se

trouvent dans une région ; c'est plutôt l'anatomie opératoire, c'est-à-dire l'anatomie relative à une opération, et enfin l'anatomie après l'opération, pour juger si on a bien fait et si on ne pourrait pas mieux faire. Déjà, dans ma thèse pour le doctorat, j'avais indiqué cette manière de voir, relativement à l'anatomie chirurgicale ; c'est la seule, je crois, qui puisse servir aux progrès de la chirurgie.

La région lombaire comprend deux parties bien distinctes, la paroi abdominale et l'intestin colon avec le péritoine qui l'accole à cette paroi et en forme une des parties constituantes.

Le flanc, en arrière, est un espace quadrilatère circonscrit en haut par la dernière fausse côte, en bas par la crête de l'os des îles, en arrière par le bord externe de la masse commune au sacro-lombaire et au long dorsal, et en avant par une ligne perpendiculaire, tombant sur le milieu de la crête de l'os des îles. Cet espace, ainsi limité, constitue la région dans laquelle on doit opérer pour aller à la recherche du colon lombaire. Il importe donc d'étudier d'abord, couche par couche, tous les tissus qui forment la paroi de l'abdomen dans ce point.

Les objets nécessaires pour faire les recherches d'anatomie chirurgicale sont les suivans :

Des scalpels, des ciseaux, des pinces à disséquer, un tube à insuffler, une aiguille courbe, du fil, un pied-mesure, une grande sonde élastique et une seringue ordinaire.

Les différens plans qui forment la paroi de l'abdomen dans cette région sont parfaitement décrits dans les traités d'anatomie et d'anatomie chirurgicale surtout. La peau, le tissu cellulaire, la graisse, le muscle grand dorsal, le grand oblique, le petit oblique, le transverse, des aponévroses, le carré lombaire, des vaisseaux et des nerfs constituent la paroi

du flanc en arrière, et comme nous le verrons bientôt, on peut dire que l'intestin lombaire et le péritoine en forment la dernière couche. Je ne m'arrêterai pas à décrire les objets bien connus qui composent essentiellement la paroi du flanc.

J'arrive de suite au fait important, c'est la disposition du colon lombaire, ses rapports avec le péritoine et avec la paroi abdominale correspondante qu'il nous importe d'étudier; c'est là le point capital, il mérite une attention toute particulière. Après avoir détaché, couche par couche, tous les tissus qui recouvrent le colon lombaire, on voit, en examinant avec soin, que l'intestin est dépourvu de péritoine dans le tiers postérieur au moins, comme *la face antérieure de la vessie*; le tissu cellulaire qui forme la lame externe de la membrane séreuse l'enveloppe et lui forme une gaîne dans cet endroit. Cette disposition donne un caractère tout particulier aux colons lombaires et les fait différer complètement des autres intestins. Ainsi attachés aux parois de l'abdomen, ils concourent à former cette paroi, et on peut pénétrer dans leur cavité, sans ouvrir le péritoine.

La lame celluleuse qui recouvre les colons lombaires dans ce point est forte et composée de plusieurs feuillets.

Considéré sous le point de vue des rapports, on trouve que l'intestin est d'abord placé au devant du rein, dont il n'est séparé que par de la graisse, au milieu, avec le feuillet antérieur de l'aponévrose postérieure du transverse à laquelle il adhère par le tissu cellulaire qui forme la lame externe du péritoine (l'intestin n'est séparé du carré lombaire que par cette aponévrose et le tissu cellulaire graisseux). En bas, il est en rapport avec la crête de l'os des iles. En avant, le colon lisse et péritonéal est en contact avec les intestins grêles qui le

recouvrent en flottant devant lui. En dehors, le colon est encore en rapport avec les intestins grêles et plus ou moins distant de la colonne vertébrale et de l'aorte, suivant qu'il est contracté ou distendu; le repli péritonéal, qui part du côté interne de l'intestin, forme un angle plus ou moins saillant; en dehors le colon lombaire est aussi en rapport avec les intestins grêles; le repli péritonéal a les mêmes dispositions qu'en dedans. Son extrémité supérieure qui se trouve à l'angle de réunion avec le colon transverse est plus ou moins élevée, à cause de la variabilité de cet intestin; elle est ordinairement en rapport avec la rate et le grand cul-de-sac de l'estomac. Son extrémité inférieure n'a pas de démarcation précise; la crête de l'os des iles lui sert de limite; du reste, elle n'offre aucun rapport important.

La couleur de l'intestin colon lombaire a quelquefois un caractère tout particulier qu'il est fort utile de noter; en général, c'est une couleur verdâtre plus ou moins prononcée qui se dessine longitudinalement, tandis que celle des intestins grêles est d'un jaune ondulé; il suffit d'observer une fois ces caractères différens pour les retenir, ce qui est fort important pour l'opération. Pour apprécier cette différence de couleur, il faut découvrir une certaine étendue du péritoine qui enveloppe les anses de l'intestin grêle, voisines du colon, et enlever le tissu cellulaire qui le recouvre. Cette couleur doit être attribuée à l'épaisseur des parois du gros intestin et aux matières qu'il contient quelquefois.

Pour mieux juger encore, on peut faire une petite ouverture au péritoine à un pouce du colon, afin de passer le doigt dans la cavité de l'abdomen, et de constater tout ce qui n'a pu être que préjugé.

Après avoir fait l'anatomie chirurgicale de la région lombaire

gauche, on doit faire aussi celle du côté opposé, afin de bien constater les rapports du colon lombaire droit avec le péritoine, pour s'assurer qu'il serait possible d'établir un anus artificiel, même dans cette région, si le gros intestin était malade dans la région opposée ou dans le colon transverse. Cette étude est indispensable pour éclairer la question importante qu'il s'agit de résoudre.

Que le colon soit complétement vide ou plein, les rapports du péritoine sont les mêmes avec l'intestin, seulement ils sont en proportion du volume de ce conduit.

Jamais, jusqu'à présent, je n'ai trouvé de méso-colon lombaire, c'est-à-dire l'intestin flottant dans l'abdomen; toujours, au contraire, j'ai observé l'intestin accolé et adhérent aux parois de cette cavité par du tissu cellulaire. Cependant, je dois dire que j'ai trouvé quelquefois l'intervalle des deux replis péritonéaux très petit, lorsque l'intestin est fort contracté.

Pour juger la question qui nous occupe, c'est-à-dire, si le colon lombaire est dépourvu de mésentère, ce n'est pas en avant qu'il faut examiner l'intestin ; c'est en arrière, sans ouvrir l'abdomen, parce qu'en attirant le colon en avant, on peut dans quelques cas former instantanément un mésentère par la traction forcée de l'intestin.

Si on admet ce fait, que toujours une certaine portion du colon lombaire est dépourvue de péritoine, quelque peu étendue que soit l'adhérence celluleuse, on concevra que par la dilatation de l'intestin on peut presque à volonté agrandir l'espace celluleux. Il en est de même du colon lombaire droit; cependant, je dois dire que les rapports du péritoine sont plus variables du côté droit que du côté gauche.

Avant de passer outre, on doit étudier attentivement les

caractères qui peuvent faire reconnaître le colon; on doit d'abord observer avec soin le tissu cellulaire graisseux qui recouvre le rein et cet intestin, puis les vaisseaux qui se rendent au colon, enfin sa couleur particulière et les signes fournis par le toucher et la percussion.

En insufflant le gros intestin, on voit à l'instant le colon se gonfler, le repli du péritoine et les intestins grêles sont refoulés, l'espace celluleux s'agrandit en proportion du volume de l'intestin. Le péritoine, dans ce cas, est repoussé plus vite et plus distinctement encore que lorsqu'on insuffle la vessie.

L'insufflation ne produit pas toujours aussi promptement qu'on le désire l'effet qu'on attend, parce que l'air, après avoir distendu le cœcum, franchit la valvule iléo-cœcale, et passe dans les intestins grêles. L'injection d'une ou deux seringues d'eau réussit beaucoup mieux.

Après la dilatation, l'exploration par le toucher et la percussion fournissent des signes plus certains encore. Le toucher en long et en travers donne la facilité de mesurer l'étendue de la dilatation.

Si on fait une ouverture au colon lombaire, dans le point où il est dépourvu de péritoine, l'air s'échappe brusquement, l'intestin se vide ; mais on voit avec étonnement qu'il ne s'affaisse point sur lui-même, comme les autres intestins, parce qu'il forme un canal lié aux parois de l'abdomen comme une artère à sa gaîne ; il est libre du côté opposé et il peut par conséquent s'affaisser.

Si on attire avec des pinces les bords de l'ouverture faite au colon, on voit que l'intestin ne vient pas tout entier comme une anse intestinale, mais que c'est la paroi postérieure seule qui cède par son élasticité; de sorte que c'est une espèce de

tuyau de prolongation qui s'opère par allongement en sortant par le trou fait à sa gaîne, et si alors on porte le doigt dans la cavité de l'intestin, on reconnaît que l'éperon est peu marqué vis-à-vis de l'ouverture, parce que l'intestin n'obéit pas en entier à la traction, comme le ferait une anse intestinale pourvue de mésentère.

Après toutes ces considérations d'anatomie chirurgicale ou mieux opératoire, on peut ouvrir largement l'abdomen en avant, pour observer ce qui se passe à l'intérieur quand on attire les bords de l'ouverture faite au colon. On voit alors que l'intestin fait un léger creux, vis-à-vis de la traction et non pas un angle rentrant comme lorsqu'on attire une anse d'intestin au dehors. Si on introduit un doigt par l'ouverture faite au colon et qu'on repousse la paroi opposée, le doigt se trouve coiffé comme par un doigt de gant.

En examinant les replis du péritoine, en dehors et en dedans de l'intestin, on voit évidemment que le colon lombaire, dans cette région, n'est recouvert par le péritoine que dans la moitié ou dans les deux tiers antérieurs, comme on l'avait déjà constaté en observant la face opposée.

Ce qui prouve bien que l'intestin est dépourvu de péritoine dans le tiers ou la moitié postérieure, et qu'il est fixé assez solidement aux parois de l'abdomen, c'est qu'on ne peut le soulever et l'attirer aussi facilement à soi, en le pinçant avec deux doigts, comme on peut le faire pour le colon transverse, l'S iliaque et les intestins grêles, sans le moindre effort de traction. Cette remarque est d'une grande importance; elle m'a beaucoup éclairé sur plusieurs points.

Si on observe avec soin les trois bandelettes longitudinales musculaires qui caractérisent le gros intestin, on trouve, relativement au colon lombaire, que l'une de ces bandelettes est

située en avant de l'intestin, la deuxième en dehors, et la troisième en dedans. Ces deux dernières se trouvent précisément à l'endroit où se remarquent les replis péritonéaux, de sorte que l'espace celluleux, dépourvu de péritoine, est *justement* situé entre les deux bandelettes interne et externe.

Maintenant, je pense qu'il n'est pas sans intérêt de mesurer aussi exactement que possible le colon lombaire et l'S iliaque. En général, on a des idées fort inexactes sur l'étendue de ces différentes portions du gros intestin, ainsi que sur leur capacité.

Le colon lombaire gauche s'étend depuis la fin du colon transverse jusqu'au commencement de l'S iliaque, ou mieux depuis la dernière fausse côte jusqu'à la crête de l'os des îles ou à deux ou trois pouces suivant les sujets. Le colon lombaire droit est beaucoup plus court, à cause du cœcum et du foie. L'S iliaque a plus d'étendue qu'on ne le croit communément; ou en d'autres termes, la distance qui sépare le colon lombaire gauche du rectum est plus grande qu'on ne le pense. Et quand j'ai dit qu'il y avait 18 pouces, 2 pieds ou 2 pieds et demi, on m'a répondu que c'était une exception. Cependant j'ai pris la peine de mesurer sur un bon nombre de sujets; j'ai trouvé cette mesure exacte, et ceux qui m'ont fait l'objection n'en avaient sans doute pas fait autant.

Je dois dire cependant que sur quelques sujets et particulièrement chez les vieillards de petite stature, l'S iliaque m'a paru avoir moins d'étendue, et ses flexuosités même sont peu marquées.

Le défaut d'idée exacte sur la longueur de l'S iliaque fait commettre une grande erreur. Beaucoup de chirurgiens m'ont demandé si je ne me proposais pas d'attaquer une maladie du rectum par l'ouverture faite au colon lombaire gauche; par

exemple, d'introduire une sonde par cette ouverture pour dilater un rétrécissement de la partie supérieure du rectum. Si on essaie d'introduire une grande sonde par cette voie, on voit bien vite que la circonvolution de l'S iliaque et l'étendue de l'intestin s'opposent à cette introduction, même en faisant une injection. Le plus simple examen suffit donc pour prouver ce que j'avance relativement à l'introduction de la sonde, et à plus forte raison à toute autre tentative plus hardie encore.

Il n'est pas sans utilité d'observer les effets d'une double injection faite avec une seringue ordinaire par l'ouverture pratiquée au colon lombaire à sa partie postérieure. Ces expériences méritent quelque attention.

D'abord, si on injecte en bas vers l'S iliaque, on observe que l'intestin se gonfle à l'instant ; les anses de l'S iliaque se redressent comme un serpent : si on fait une autre injection, on voit distinctement deux grandes circonvolutions qui se dessinent en sens opposé et qui sont situées verticalement dans le bassin ; il n'y a même qu'une très petite portion du liquide qui reflue par l'anus artificiel, parce que les anses sont situées dans le lieu le plus déclive.

Lorsqu'on injecte par en haut, c'est-à-dire du côté du colon transverse, on voit à l'instant cet intestin se gonfler et surtout le cœcum. Si on injecte encore, l'intestin acquiert beaucoup plus de volume ; mais le colon transverse moins que le cœcum, parce que cet intestin est plus élevé et que le cœcum forme un cul-de-sac dans un point plus déclive.

Pour mieux apprécier encore l'étendue de l'espace celluleux auquel est attachée la portion du colon lombaire qui est dépourvue de péritoine, il faut la détacher complètement après avoir incisé le péritoine de chaque côté du colon ; par ce moyen, il est facile de mesurer exactement la place qu'il occupe, et de

comparer ensuite la surface qui est privée de péritoine à celle qui en est revêtue.

On peut aussi, avec avantage, poursuivre cette recherche sur la portion du gros intestin qui se trouve dans la moitié supérieure de la fosse iliaque et qui a les mêmes rapports que le colon lombaire gauche, c'est-à-dire qu'elle est aussi dépourvue de péritoine en arrière, parce que l'S iliaque ne commence à avoir un mésentère que lorsqu'elle passe sur le psoas et les vaisseaux iliaques.

Cette remarque est très importante ; elle montre qu'on ne peut ouvrir l'intestin sans intéresser le péritoine que là où il n'y a pas de mésentère.

Si, après avoir enlevé le colon lombaire gauche, le colon iliaque et le commencement de l'S iliaque, on observe la trace des deux bords du péritoine, on trouve que l'intervalle se rétrécit à mesure qu'on examine plus inférieurement. Cette trace celluleuse indique parfaitement l'étendue de l'intestin qui est dépourvue de péritoine. La même expérience, répétée sur le colon lombaire droit et sur le cœcum, mérite d'être faite avec soin pour obtenir des résultats comparatifs intéressans.

Il est utile de faire remarquer que le cœcum n'est pas accessible par le flanc, comme les colons, parce qu'il est situé plus bas dans la fosse iliaque et souvent même jusques dans le bassin ; presque toujours, dans ces cas, il est enveloppé en arrière par le péritoine.

En réfléchissant aux données positives d'anatomie chirurgicale, relatives à l'intestin colon lombaire, on doit pressentir le parti que j'en ai tiré pour l'opération de l'anus artificiel.

On conçoit facilement que, si on fait une incision longitudinale trop en dehors, le long du bord externe du muscle carré

lombaire, on peut tomber sur la membrane séreuse, surtout lorsque l'intestin est contracté, et ouvrir le sac péritonéal, comme cela est arrivé à Callisen et à Duret.

Mais si on incise le flanc en travers, on doit comprendre qu'il est plus facile de se diriger pour trouver l'espace celluleux occupé par l'intestin, et par conséquent d'éviter de pénétrer dans la cavité péritonéale. Il est donc évident que, par ce moyen, on a beaucoup d'avantage pour ouvrir l'intestin sans blesser le péritoine, accident le plus formidable qu'on ait à redouter dans cette opération.

CHAPITRE II.

ESSAIS COMPARATIFS DES DIVERS PROCÉDÉS POUR ÉTABLIR L'ANUS ARTIFICIEL.

Après avoir épuisé, sur un seul cadavre, toutes les recherches anatomiques qui peuvent éclairer la question qui nous occupe, il faut, sur un autre sujet, faire l'essai des divers procédés qui ont été proposés pour établir un anus artificiel, afin de bien juger comparativement.

On peut opérer, l'intestin étant vide ou plein; si on veut distendre le colon, on doit commencer par faire une ligature sur l'extrémité inférieure du rectum, en passant un fil avec une aiguille autour de l'anus; l'insufflation par le rectum ne réussit bien que par ce moyen.

Si on n'avait pas d'aiguille courbe à sa disposition, on pourrait cependant établir une ligature sur l'extrémité inférieure du rectum, en faisant une incision circulaire à un pouce autour de l'anus et en détachant la peau jusqu'au sphincter. Il est utile d'opérer d'abord, l'intestin étant vide, et de ne faire

l'insufflation que lorsqu'on est arrivé jusqu'au colon, afin de constater les effets de la dilatation.

Les procédés pour établir un anus artificiel sont nombreux, parce qu'on a proposé d'ouvrir le gros intestin dans tous les points de son étendue :

1° Dans la région iliaque, méthode de Littre, perfectionnée par Duret ;

2° En arrière de la région lombaire gauche, procédé dit de Callisen ;

3° En avant de la région lombaire gauche ; Fine et Dupuytren ;

4° Dans la région sous-ombilicale, procédé de Fine ;

5° Dans la région lombaire droite ;

6° Et dans la région iliaque droite sur le cœcum, procédé de Pillore.

On peut, avec avantage, commencer par exécuter le procédé de Callisen, à gauche, et le mien, à droite, afin de les comparer sous tous les rapports.

Après avoir retourné le sujet et placé un cylindre en travers sous le ventre, on observe déjà que le flanc devient saillant en arrière, plus ou moins, suivant l'état de vacuité ou de distension des intestins.

Pour le procédé de Callisen, on ne peut point prendre pour guide le bord externe du carré lombaire, comme on le dit communément, parce qu'il n'est pas possible de voir, ni de toucher ce muscle, à travers les tégumens, et qu'il est fort difficile de tomber juste sur son bord externe. D'ailleurs, ce bord n'est à découvert que dans sa moitié inférieure. Cette donnée est plutôt anatomique que chirurgicale ; on a voulu, par-là, indiquer les rapports du colon avec le carré lombaire ; mais cette indication est fort peu importante, puisqu'il est bien

difficile de se guider d'après cette disposition; car, ici, on ne dissèque pas, on opère; d'ailleurs, on doit se rappeler que le bord externe du muscle carré des lombes n'est pas perpendiculaire, mais oblique de haut en bas, de dedans en dehors, ou d'arrière en avant; le carré est plus large en bas qu'en haut. Enfin, pour se diriger, il vaut mieux dire qu'il faut inciser à un ou deux travers de doigt en dehors du bord externe de la masse commune au sacro-lombaire et au long dorsal, et, dans ce cas, c'est parallèlement à ce bord.

Après avoir pris cette mesure, on fera l'incision de haut en bas, de la dernière fausse côte à la crête de l'os des îles, sans inciser complètement dans toute l'étendue de l'espace. Si le sujet avait beaucoup d'embonpoint, on pourrait prendre pour guide l'extrémité antérieure de la dernière fausse côte.

En incisant profondément, on coupe le muscle grand-dorsal, le plus souvent le grand oblique, toujours le petit oblique, le transverse, des vaisseaux, l'aponévrose antérieure du transverse, des nerfs, et, enfin, on tombe sur le tissu cellulaire graisseux qui recouvre l'intestin, et sur l'intestin lui-même s'il est dilaté; dans le cas contraire, il faut aller le chercher en arrière sous le carré. Lorsqu'on éprouve de l'incertitude, on ne doit chercher à la lever que par l'injection et après avoir fait l'opération de l'autre côté.

Pour apprécier les avantages de l'incision transversale, il suffit de faire l'opération du côté opposé.

Par le procédé que j'emploie, il est beaucoup plus facile de se diriger que pour celui de Callisen. L'incision transversale se pratique à deux travers de doigt au-dessus de de l'os des îles; ou mieux, au milieu de l'espace compris entre la dernière fausse côte et la crête de l'os des îles; elle commence au bord externe de la masse commune et s'étend

jusqu'au milieu du bord supérieur de l'os des iles, ou bien jusqu'à la ligne latérale du corps, et, enfin, on lui donne quatre ou cinq travers de doigt.

Les apophyses épineuses lombaires, la dernière fausse côte et la crête de l'os des iles, sont les points osseux qu'on peut prendre pour se diriger. Cependant, la crête de l'os des îles est le guide le plus sûr, et on peut dire que l'incision transverse doit correspondre au tiers moyen du bord supérieur de cet os.

Après avoir divisé la peau et tous les tissus superficiels, on peut couper en croix les couches profondes, afin de mieux découvrir l'intestin; par le moyen de l'incision transversale, on agit dans un grand espace d'avant en arrière; on peut même soulever avec facilité le carré lombaire et inciser son bord externe, si c'est nécessaire; enfin, on voit qu'on est bien plus en mesure pour se diriger et chercher l'espace celluleux de l'intestin. Après l'avoir trouvé et perforé, on peut attirer l'ouverture en avant, dans l'angle antérieur de la plaie, de manière à se rapprocher le plus possible de la région dans laquelle on établit habituellement l'anus artificiel.

L'incision cruciale profonde est fort utile, elle favorise singulièrement la recherche de l'intestin; on devrait faire de même pour la peau, si le sujet avait beaucoup d'embonpoint.

Le temps le plus délicat de l'opération, c'est de se décider à percer l'intestin. Avant d'ouvrir le colon, on doit le mettre bien à découvert des deux côtés; s'il est contracté, il faut le chercher en arrière; quelquefois, dans ce cas, il est complètement caché sous le carré lombaire. Le tissu cellulaire graisseux qui l'enveloppe doit être enlevé avec précaution.

Après avoir mis le colon à découvert, des deux côtés, on doit

examiner et comparer avec soin les résultats fournis par les incisions verticale et transversale. On voit qu'à gauche on ne peut explorer que de haut en bas, tandis qu'à droite on peut explorer dans tous les sens et surtout d'arrière en avant, dans une plus grande étendue, ce qui favorise singulièrement l'opération. La pression avec le doigt et la percussion sont les meilleurs moyens pour s'assurer de la présence de l'intestin ; le défaut de résistance, en dehors du colon, est un signe fort important.

Quelquefois, on reconnaît le colon à sa couleur verdâtre, et si, malgré ce caractère et la percussion, on conserve encore des doutes, il faut injecter du liquide coloré et de l'air par l'anus, pour rendre plus facile le temps le plus important de l'opération. Après la distension du colon, on voit qu'à gauche il occupe toute l'étendue de la plaie verticale, tandis qu'à droite il n'occupe que la moitié postérieure de l'incision, ce qui permet d'explorer dans un sens plus favorable à la recherche de l'intestin.

Enfin, il ne faut pas se presser ; on ne doit procéder à l'ouverture du colon qu'après s'être assuré, par tous les moyens possibles, que c'est bien le gros intestin lui-même et non pas les intestins grêles recouverts par le péritoine.

Comme on le voit, l'incision cruciale profonde permet de disséquer et de découvrir les objets dans une plus grande étendue, et par conséquent de reconnaître comparativement l'intestin qu'il importe d'ouvrir.

Lorsqu'on a bien apprécié l'espace celluleux de l'intestin, des deux côtés, il faut achever l'opération, en ouvrant les colons et en fixant les ouvertures à la peau, par quatre points de suture. On doit aussi faire la suture de la plaie.

Si les essais précédens ont suffi, pour porter la conviction et

établir la préférence en faveur de la modification que j'ai apportée à l'idée de Callisen, il faut cependant procéder avec toutes les précautions, comme si on opérait sur le vivant, afin d'être complètement préparé dans l'occurrence à pratiquer cette grave opération, et même, s'il est possible, la veille d'une opération il faudra répéter encore le procédé dont on aura fait choix.

A cette occasion, il me vient une pensée triste, je crains que quelques praticiens et surtout ceux des campagnes, ne fassent malheureusement pour cette opération ce qu'ils font quelquefois pour la hernie étranglée ; ils aimeront mieux laisser mourir le malade, que de tenter une pareille opération; les uns n'opéreront pas par ignorance, les autres craindront de se compromettre, comme Estor cité par Dumas. (Voir les documens de la deuxième partie de ce Mémoire.) Mais lorsqu'on n'est pas en mesure, ou qu'on n'ose pas faire les grandes opérations, c'est un devoir sacré d'appeler un chirurgien de la ville la plus voisine, et qui se trouve dans les conditions que je viens d'indiquer.

J'ai souvent regretté qu'on ait aboli le serment d'Hippocrate. On devrait le rétablir et y ajouter que dans les occasions difficiles et périlleuses on appellera, le plus promptement possible, un ou plusieurs confrères.

Après avoir fait l'essai des deux opérations, on doit comparer la situation des ouvertures, et méditer sur les deux procédés ; alors on peut apprécier l'avantage de l'incision transverse, relativement à l'établissement de l'anus artificiel ; on voit que, par cette simple modification, on a la facilité d'établir la voie nouvelle beaucoup plus en avant.

Enfin, il importe de vérifier les parties qui ont été intéressées dans les deux opérations, en faisant ce que j'appelle l'a-

natomie après l'opération. Pour cela, on circonscrit les ouvertures verticale et transversale, par quatre incisions légères de la peau, et après avoir coupé les sutures, on dissèque couche par couche tous les tissus, d'avant en arrière et de dehors en dedans, en les renversant sur les lombes, sans les détacher complètement.

A gauche, c'est-à-dire par le procédé de Callisen, on voit, après la peau et le tissu cellulaire, que le muscle grand dorsal a été divisé en long, ainsi qu'une partie du grand oblique, le petit oblique, le transverse, des vaisseaux et des nerfs.

A droite, c'est-à-dire par mon procédé, on trouve que le grand dorsal est divisé en travers, dans le tiers postérieur de l'incision, et le grand oblique, dans les deux tiers antérieurs; le petit oblique et le transverse en long et un peu en travers, quelquefois le carré, peu de vaisseaux et de nerfs, l'aponévrose du transverse, puis le tissu cellulaire graisseux et la lame celluleuse du péritoine, qui recouvrent immédiatement l'intestin; enfin on trouve le colon lui-même.

Si on voulait établir l'anus artificiel plus en avant encore, par le même procédé que celui que j'ai proposé, on pourrait faire l'incision en dedans et en avant de la crête de l'os des îles, parce que, comme je l'ai déjà dit, le gros intestin, dans le haut de la fosse iliaque, est aussi dépourvu de péritoine. Mais le décollement de cette membrane de la fosse iliaque, dans une assez grande étendue, et la situation de la plaie pourraient favoriser les épanchemens. Du reste, pour bien juger cette question, on doit essayer, en faisant l'incision parallèlement à la crête de l'os des îles, dans le tiers antérieur de son étendue.

Les motifs qui m'ont porté à préférer l'incision transversale à l'incision longitudinale sont faciles à comprendre, surtout

après avoir fait l'essai des deux procédés; car en les comparant on voit que la simple modification de l'incision en travers donne le triple avantage :

1° De rendre l'opération plus facile, plus sûre, et d'éviter de couper en travers les vaisseaux et nerfs lombaires;

2° Elle donne la facilité de chercher l'intestin et de l'ouvrir sans blesser le péritoine;

3° Et elle permet d'établir l'anus artificiel plus en avant.

En résumé, je puis dire que par cette simple modification, j'obtiens tous les avantages des procédés de Callisen et de Littre, sans en avoir les inconvéniens.

Sur le même sujet, on peut, après l'avoir retourné, c'est-à-dire en le plaçant sur le dos, essayer comparativement le procédé de Littre, l'intestin étant vide; mais on peut l'insuffler, par l'ouverture faite aux colons en arrière. Alors on pratique une incision longitudinale de trois à quatre travers de doigt, à un pouce en avant, et au-dessus de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, on incise couche par couche, jusqu'à ce qu'on ait ouvert le péritoine. Alors, on cherche le commencement de l'S iliaque, on l'amène au dehors, on passe un fil dans le mésentère, et on fait une ouverture longitudinale à l'intestin.

En général, cette opération est simple et facile; mais on peut éprouver de la difficulté à trouver l'S iliaque, et quelquefois les intestins grêles ou l'épiploon viennent se présenter à l'ouverture et gênent beaucoup l'opérateur.

Après avoir pratiqué l'opération de Littre, il est utile de vérifier les parties qui ont été intéressées; pour cela, après avoir circonscrit la plaie par un espace quadrilatère, indiqué par quatre incisions légères de la peau, à un pouce de la plaie, en tous sens, on enlève couche par couche, en les renversant

d'un côté, sans les couper entièrement, tous les objets qui ont été intéressés. On voit que par ce procédé on incise d'abord la peau, le fascia superficiel, l'aponévrose du grand oblique, et une petite portion de ce muscle, le petit oblique, le transverse, le fascia profond et enfin le péritoine. L'incision se fait entre deux artères importantes, la circonflexe et l'épigastrique, et si on prolonge un peu trop l'incision par en bas, on peut atteindre l'origine de cette dernière artère.

Fine et Dupuytren ont proposé d'établir l'anus artificiel au devant de la région lombaire ; mais un simple essai suffit pour démontrer que ce procédé est impraticable sur l'adulte; précisément parce que le colon, dans cette région, n'a pas de mésentère, et qu'il est très difficile ou presque impossible de l'amener à l'ouverture de la peau, sans exercer une forte traction, comme on peut s'en convaincre en essayant ce procédé, qui consiste à faire une incision longitudinale au devant de la région lombaire, et à pénétrer dans l'abdomen. Alors, si après avoir été chercher profondément le colon lombaire, en écartant les intestins grêles qui le recouvrent, on essaie d'attirer l'intestin avec deux doigts, on voit qu'il ne cède pas, comme par le procédé de Littre, précisément parce que le commencement de l'S iliaque a un mésentère, et que le colon lombaire n'en a pas.

On peut aussi, sur le même sujet, essayer le procédé que Fine a exécuté avec succès sur une femme. Il consiste à établir l'anus artificiel sur le colon transverse; pour cela, il faut faire une incision sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic et non pas au-dessous, comme l'a fait Fine, et aller à la recherche du gros intestin; mais, comme la position du colon transverse est très variable, il faut agir avec beaucoup de circonspection. Souvent, l'estomac se présente à la place du colon; pour éviter

une méprise, on doit insuffler ou injecter le gros intestin; quelquefois aussi il est si profondément caché derrière l'épiploon, qu'il n'est pas possible de le trouver, sans perforer cette membrane. Pour pratiquer sûrement l'incision de la ligne médiane, il suffit, après avoir divisé la peau, de chercher la ligne blanche avec le doigt; on la reconnaît au toucher comme une corde tendue qui glisse sous le doigt. J'ai déjà indiqué ce caractère pour la taille sus-pubienne, et il est beaucoup plus marqué que pour cette opération, ou toutes celles qu'on peut pratiquer sur la région médiane. Lorsqu'on craint d'intéresser trop vite le péritoine et les organes sous-jacens, on peut faciliter l'opération en soulevant les tissus avec un ténaculum. Dès que l'abdomen est ouvert, on découvre l'épiploon et le colon, quelquefois l'estomac; lorsque les intestins sont distendus, on trouve une cavité libre entre le diaphragme, et le colon transverse. Ce fait mérite attention.

Fine, en pratiquant son opération, n'avait pas l'intention d'ouvrir le colon, mais bien l'iléon, pour imiter ce que fait la nature, dans les hernies inguinales étranglées. Si on voulait aller à la recherche du colon transverse dans l'état normal, c'est, comme je l'ai déjà dit, au-dessus de l'ombilic, et non au-dessous, qu'il faudrait faire l'incision, à moins que les rapports de cet intestin ne fussent changés; c'est ce qui arrive assez souvent.

Il est inutile de tenter l'opération en avant de la région lombaire droite, ainsi que le procédé de Pillore sur le cœcum. On conçoit maintenant qu'il est bien préférable d'aller à la recherche des colons, en arrière, sans blesser le péritoine.

Après avoir essayé les divers procédés qui ont été proposés pour l'établissement de l'anus artificiel, on doit ouvrir largement le ventre, afin d'examiner les opérations qui ont été pra-

tiquées, et de les vérifier pour constater les fautes qui auraient pu être commises; une incision cruciale de l'abdomen, en évitant de détruire les ouvertures pratiquées à ses parois, donne la facilité d'examiner convenablement tout ce qui a été fait.

En réfléchissant maintenant aux divers procédés qui ont été essayés comparativement, il est évident, je crois, que celui de Callisen, modifié, doit être préféré. D'abord, c'est le seul qui permette d'éviter le péritoine. Et on n'agit que sur l'une des parois de l'intestin, au lieu d'attirer une anse entière; par conséquent, l'éperon est beaucoup moins marqué, ce qui donne une chance de plus pour la guérison de l'anus artificiel, s'il devenait inutile.

Supposons même un instant qu'il y ait un mésentère au colon lombaire gauche, et qu'on soit dans la nécessité d'ouvrir le péritoine en pénétrant dans l'intestin: je n'hésite pas à dire qu'il vaudrait mieux encore faire l'opération par ce procédé que par celui de Littre ou par tout autre, parce que le péritoine etant ouvert en arrière, les matières auraient beaucoup moins de tendance à s'épancher dans le ventre, que lorsqu'il est ouvert en avant.

L'opération de l'anus artificiel, par le procédé que j'ai employé, est bien plus facile qu'on ne peut le supposer au premier abord. En la comparant à l'opération de la hernie étranglée, par exemple, je trouve qu'elle est plus simple et beaucoup moins dangereuse.

Pour l'opération de la hernie étranglée, on n'a qu'un espace circonscrit, un anneau qu'il faut débrider, des vaisseaux importans difficiles à éviter, et on ouvre nécessairement le péritoine dans une grande étendue.

Pour l'opération de l'anus artificiel, on a un large espace sur lequel on peut opérer; on n'a point de vaisseaux importans à

redouter et on n'intéresse pas le péritoine ; mais on ouvre l'intestin. D'après mes observations sur l'homme et particulièrement sur les animaux, cette blessure est peu grave, quand le péritoine n'est pas ouvert, parce qu'alors les matières ne peuvent pas s'épancher dans la cavité abdominale.

Le temps le plus redoutable dans l'opération de la hernie, c'est le débridement de l'anneau, et dans l'opération de l'anus artificiel, c'est l'ouverture de l'intestin.

Il y a une autre opération que l'on peut plus exactement comparer à celle de l'anus artificiel lombaire, c'est la *taille postéro-pubienne sans conducteur* : par ce procédé on peut aussi pénétrer dans la vessie, sans intéresser le péritoine. Mais il existe une grande différence entre ces deux opérations, c'est que, dans l'une, le malade étant couché sur le dos, l'urine remonte contre son propre poids et tend à stagner dans la plaie, tandis que dans l'autre le contraire a lieu pour les matières qui sortent par l'anus établi en arrière de la région lombaire.

Les premiers essais que nous avons précédemment indiqués suffisent déjà pour donner une juste idée des divers procédés qui ont été proposés pour l'établissement de l'anus artificiel ; mais ils devront cependant être variés sur d'autres sujets, afin d'asseoir son jugement et de se familiariser avec cette grave opération.

Il importe aussi d'essayer sur des sujets d'âge différent et de répéter l'opération, l'intestin étant vide ou plein. On doit toujours vérifier les résultats obtenus, pour constater ce qui a été fait et les variétés qu'on peut rencontrer.

Je ne crois pas inutile de dire ici que l'expérimentation sur les animaux vivans m'a beaucoup aidé sur ce point, comme sur plusieurs autres. Afin d'étudier la formation de l'anus arti-

ficiel et les procédés qui ont été imaginés pour détruire l'éperon qui en résulte, j'ai établi bon nombre d'anus artificiels sur des chiens, J'ai pu constater que la moindre péritonite est un accident grave et souvent funeste, sur les animaux comme sur l'homme. J'ai surtout compris que le point essentiel pour établir sûrement un anus artificiel, c'est de faire saillir l'intestin, afin d'éviter le moindre épanchement dans le péritoine.

Ces recherches expérimentales, en me familiarisant avec une aussi grave opération, m'ont beaucoup enhardi et m'ont puissamment éclairé sur l'importante question de l'anus artificiel.

On voit donc déjà comment j'ai été conduit au résultat que j'ai obtenu. En résumé, ce sont les essais comparatifs et les investigations sur le cadavre et sur les animaux vivans qui m'ont fait donner la préférence au procédé de Callisen sur les autres, malgré la réprobation formelle de toutes nos autorités chirurgicales.

CHAPITRE III.

MALADIES QUI EXIGENT L'ÉTABLISSEMENT D'UN ANUS ARTIFICIEL.

La question de l'établissement de l'anus artificiel, lorsque le gros intestin est complètement obstrué à sa partie inférieure, n'a jamais été bien posée, ni bien débattue. Les auteurs de chirurgie ne la traitent que fort légèrement; elle méritait bien cependant d'être approfondie, comme celle des hernies, par exemple.

Sans doute, la cause de la tympanite stercorale est plus cachée, plus profonde que celle des hernies; elle est parfois douteuse, souvent incurable, et le danger même de l'opération

qu'elle nécessite a fait reculer les praticiens les plus hardis. On préférait laisser mourir le malade, que de tenter une opération si périlleuse, et cependant, dans quelques cas, l'indication était tout aussi précise que pour les hernies étranglées.

L'idée d'établir un anus artificiel chez les adultes, dans les cas de rétrécissement du rectum, paraît avoir été émise, pour la première fois, par Dumas, de Montpellier. En effet, on lit dans un Mémoire publié, en 1797, dans le *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, tome 3, page 46, le passage suivant :

« Les cas où un anus artificiel offrirait une ressource heureuse sont plus communs qu'on ne pense. Une telle opération ne serait-elle pas un bienfait dans cette maladie, presque toujours incurable, qui consiste dans un rétrécissement du rectum à quelques pouces au-dessus du sphincter de l'anus?..... »

« Lorsque le mal a fait des progrès, l'abdomen se tuméfie, les tégumens rougissent, le malade souffre de violentes douleurs dans les intestins, les excrémens retenus ajoutent à l'irritation produite par l'état spasmodique du rectum; il survient des vomissemens, le malade périt au milieu de la passion iliaque. Les auteurs regardent cette maladie comme incurable; ils se bornent à proposer des moyens palliatifs. Je ne doute pas que l'établissement d'un anus artificiel ne réussît mieux à prévenir les suites fâcheuses de cette affection et à suspendre au moins la mort du malade, devenue nécessaire sans ce secours. »

Fine, de Genève, a mis à exécution, en 1797, l'idée de Dumas, sans en avoir connaissance. Il s'exprime ainsi dans un de ses Mémoires publié dans le tome 6 des *Annales de la Société de médecine de Montpellier :*

« Dumas est le premier qui ait proposé la formation d'un » anus artificiel, dans le cas de squirrhe au rectum ; et moi » le premier qui ai éxécuté cette opération, dans un cas sem- » blable ainsi que dans celui de tympanite, avant que d'avoir » eu connaissance du Mémoire que ce célèbre professeur a » fait sur cette matière. »

Lorsque j'ai transcrit ce qui précède, je ne connaissais pas l'observation de Pillore. On sait maintenant que ce chirurgien a pratiqué le premier cette opération sur l'adulte, en 1776. (*Voyez* les Documens.)

Dupuytren, dans le tome III du *Dictionnaire de Médecine et de chirurgie pratique*, page 125, dit :

« Si le rectum était oblitéré, et si tous les médicamens et » toutes les manœuvres directes, tentées pour rétablir la con- » tinuité, n'avaient eu aucun résultat favorable, ne serait-on » pas autorisé à inciser la paroi abdominale vers le flanc gau- » che, à attirer au-dehors la portion descendante du colon, et » à ouvrir par cet intestin un anus contre nature, dont l'éta- » blissement remédierait à des accidens mortels en prolon- » geant la vie du sujet? » !

Dupuytren lui-même a rencontré plusieurs fois, sans doute, l'occasion de pratiquer cette opération et notamment sur Talma. Cependant, il n'a pas osé la tenter. Remarquons qu'il dit : « Ne serait-on pas autorisé? » Ce langage n'est pas l'expression d'une conviction ferme et arrêtée; il est évident que dès qu'il y a étranglement insurmontable, il faut ouvrir une nouvelle voie à l'intestin obstrué, sous peine de voir mourir le malade, comme à la suite d'une hernie étranglée que quelques praticiens n'ont pas le courage d'opérer.

Comme on le voit, les chirurgiens qui se sont occupés de cette importante opération ne sont pas nombreux. La question n'a

pas été approfondie. Nos livres de chirurgie sont presque tous muets sur ce point; on ne trouve que quatre faits publiés dans les journaux, un en Suisse et les trois autres en Angleterre.

Il existe dans notre cabinet d'anatomie (Musée Dupuytren) deux pièces en cire, qui méritent d'être examinées avec soin, sous le point de vue de l'opération de l'anus artificiel.

L'une représente des tumeurs en forme de végétations de la surface interne et supérieure du rectum.

L'autre retrace le rétrécissement remarquable du rectum, recueilli sur notre célèbre tragédien Talma.

Ces deux pièces prouvent qu'on aurait pu établir un anus artificiel dans ces deux cas et espérer un complet succès, surtout pour celui de Talma qui eût été le plus favorable, comme tous les rétrécissemens qui ne sont pas de nature squirrheuse. Déjà plusieurs praticiens m'ont raconté des faits de cette espèce, c'est-à-dire de simples rétrécissemens de la partie supérieure du rectum ou de l'S iliaque, ayant déterminé la mort, par l'occlusion complète de l'intestin.

Relativement à l'imperforation de l'anus, ou mieux à l'absence d'une plus ou moins grande partie du rectum chez les nouveau-nés, après y avoir profondément réfléchi, je pense qu'on ne doit avoir recours à l'établissement de l'anus artificiel, dans la région abdominale, que lorsqu'on ne peut rétablir la voie, à la partie inférieure, par le procédé que j'ai mis en usage avec succès sur une petite fille. Ainsi, lorsque l'anus est rétréci ou imperforé, et qu'une portion du rectum manque, je persiste à penser qu'il faut opérer dans la région anale ou cocygienne et même au-dessus; mais jusqu'à présent on a opéré trop timidement, en se contentant de faire une ponction avec un troicart, ou un bistouri, ou en faisant une simple incision. Il faut opérer hardiment, le plus près possible de l'intes-

tin, aller le chercher, l'ouvrir, l'amener à la peau et l'y fixer par plusieurs points de suture. (En attendant mieux, voir le mémoire que j'ai publié sur ce sujet dans la *Gazette Médicale* du 2 novembre 1835.) C'est uniquement, lorsqu'on ne trouve pas le rectum, comme je l'ai déjà dit, que je conseille de pratiquer l'anus artificiel, dans la région lombaire gauche.

En résumé, les maladies qui exigent l'établissement de l'anus artificiel sont les suivantes :

1° La tympanite stercorale déterminée par l'obstruction du rectum ou d'une autre partie du gros intestin.

Que l'étranglement soit produit par une maladie particulière de l'intestin ou des organes voisins, dès qu'on ne peut vaincre l'obstacle par en bas et que la vie est en danger, il faut établir un anus artificiel.

2° La simple rétention prolongée des matières fécales qui détermine une tympanite qu'on ne peut faire cesser et qui met en danger la vie du malade.

Si les boules de matières fécales occupaient tout le gros intestin, et qu'il fût impossible de les broyer et de les faire sortir, il serait peut-être préférable d'opérer à droite;

3° Les affections squirrheuses du rectum ou du gros intestin, dès qu'elles apportent une grande gêne dans la défécation.

L'établissement de l'anus artificiel est le seul moyen de retarder la marche de la maladie, et de prolonger la vie autant que si l'affection cancéreuse occupait un organe moins essentiel à la conservation de l'individu.

4° Enfin, l'imperforation du rectum, ou plutôt l'absence d'une portion de cet intestin, lorsqu'on ne peut rétablir la voie par en bas.

Il est bien entendu qu'il faut que l'indication d'une pareille opération soit parfaitement démontrée pour la tenter, et mal-

heureusement les cas ne sont pas rares. Du reste, ce n'est qu'après de mûres réflexions et des délibérations avec les praticiens les plus éclairés, qu'on doit se décider à pratiquer cette grave opération.

Depuis que j'exerce la chirurgie, j'ai eu pour ma part sept ou huit fois le chagrin de voir mourir des malades affectés de tympanite stercorale, sans qu'on osât, ou qu'on voulût permettre de tenter d'ouvrir une voie nouvelle aux intestins obstrués.

Dans la relation que j'ai donnée de la maladie de Broussais, j'ai cherché à éclairer cette grande question, et comme on peut s'en convaincre en la lisant, j'étais bien préparé à ne plus rester spectateur passif de la mort par obstruction du rectum.

J'ai promptement trouvé, depuis, l'occasion de mettre mes idées à exécution, et j'ai complètement réussi, comme on va le voir par les deux observations suivantes.

CHAPITRE IV.

FAITS PARTICULIERS.

1re OBSERVATION.

Obstruction complète de la fin de l'S iliaque par des tumeurs, chez une femme âgée de quarante-huit ans; constipation datant de vingt-six jours; tympanite stercorale des plus violentes. Anus artificiel établi avec succès, en ouvrant le colon lombaire gauche *sans pénétrer dans le péritoine.*

Madame D..., née à Nantes, âgée de quarante-huit ans, demeurant à Paris depuis l'âge de quinze ans, d'une belle constitution, fut réglée à onze ans, et mariée à quatorze; elle eut trois enfans dans les trois premières années de son

mariage, et sa santé fut parfaite jusqu'à l'âge adulte ; ses parens, père, mère et grand'mère sont morts de maladies accidentelles et dans un âge avancé ; aucune personne de sa famille n'a succombé à une affection cancéreuse. Il y a quatorze ans, elle fut prise de maux d'entrailles, que son médecin traita pour une gastrite ; cent vingt sangsues, par douze et par quinze, furent appliquées sur la région épigastrique. Les douleurs abdominales étaient très fortes ; elles revenaient sous forme de crises, qui duraient quelquefois vingt-quatre heures ; elle dit que les douleurs étaient si atroces, qu'elle souffrait comme si on lui eût coupé les intestins avec un canif. A cette époque, la malade rendit beaucoup de sang par l'anus, et les garderobes devinrent difficiles. On ne parvint à calmer les douleurs que par l'emploi de l'opium sous toutes les formes ; les crises ne duraient plus que quatorze heures.

Quelques années après, elle fut reprise des mêmes douleurs, et les mêmes moyens furent employés sans succès.

Il y a neuf ans, elle fit appeler, pour la première fois, M. le docteur Barras, qui améliora beaucoup sa santé. Un an après, au printemps, époque à laquelle madame D... était particulièrement sujette à des crises, elle dit avoir eu une maladie nerveuse, caractérisée par des lassitudes, des courbatures, des maux d'estomac et des envies de pleurer. Les garderobes étaient toujours fort difficiles.

Les deux années suivantes se passèrent assez bien ; cependant, elle éprouva encore au printemps cet état nerveux dont nous venons de parler. Les garderobes étaient de plus en plus difficiles, et elle rendit souvent du sang par le rectum.

Les règles ont cessé il y a deux ans. Depuis cette époque, elle n'a point rendu de sang par l'anus, mais beaucoup de glaires. La constipation durait habituellement cinq ou six

jours; la malade ne pouvait aller à la garderobe qu'avec de grandes difficultés, et qu'après avoir pris deux ou trois lavemens.

Depuis plusieurs années, elle éprouvait de la douleur dans les reins, de la chaleur et de la pesanteur dans le rectum; elle ne pouvait garder les lavemens, et elle avait le pressentiment qu'elle aurait une maladie grave.

Le 2 août 1838, je fus appelé auprès de madame D.... par M. le docteur Barras. La malade craignait d'avoir un ulcère de la matrice. Le toucher et l'examen de l'utérus ne me firent reconnaître aucune altération organique, mais seulement un peu d'abaissement. Des éponges et des pessaires furent employés sans beaucoup de succès. Quelques mois après, la malade se plaignit de douleurs dans l'urètre; l'examen de ce canal nous fit découvrir trois petites excroissances polypeuses, qui furent excisées et cautérisées avec succès.

Quelque temps après, je constatai que la malade avait une hernie crurale droite; elle se soumit à l'usage d'un brayer.

Le 11 mai 1839, elle vint de nouveau me consulter pour des douleurs lombaires, qu'elle attribuait à un rhumatisme; des douches de vapeur furent conseillées.

Enfin, le 29 mai, je fus appelé par M. le docteur Barras, pour l'aider à faire cesser une constipation opiniâtre qui datait de vingt-deux jours, et contre laquelle il avait employé inutilement les purgatifs les plus énergiques. Il pensait que les matières fécales devaient être accumulées dans le rectum; le toucher me fit promptement reconnaître que cet intestin était vide ou simplement dilaté par des gaz. Au-dessus, je reconnus des tumeurs et des matières fécales accumulées dans l'S iliaque. Le ventre était déjà très ballonné; il fut convenu qu'on aurait recours à une douche ascendante.

Le lendemain, madame D... était dans le même état, malgré la douche et les purgatifs. Je lui administrai moi-même une forte douche, sans plus de succès. Le doigt, introduit profondément dans le rectum, distinguait parfaitement les pulsations d'une grosse artère du bassin.

Pensant que la hernie crurale droite dont nous avons parlé pouvait être la cause de la tympanite, je fis la réduction de cette hernie par le taxis gradué, sans beaucoup d'efforts.

Il fut convenu, avec M. Barras, qu'on continuerait les douches, les purgatifs; qu'on introduirait un suppositoire avec un grain de résine d'aloès, et que le ventre serait recouvert d'un large cataplasme.

Le 31 mai, nous trouvâmes que les accidens augmentaient notablement. La malade avait des crises violentes, comme une femme grosse pourrait en avoir, pour un accouchement impossible. Après avoir introduit profondément une canule recourbée à olive, je fis pousser fortement une injection, mais sans succès. Lorsque le rectum était distendu, le liquide revenait, malgré tout ce qu'on pouvait faire pour s'y opposer.

Le soir, les mêmes moyens furent employés sans plus d'avantages. La malade était épuisée par les douleurs et les efforts inutiles. Le danger était pressant. Nous décidâmes qu'une consultation aurait lieu le lendemain.

Le 1er juin, MM. Récamier, Fouquier, Breschet, Barras, Puyoo et moi, nous fûmes réunis en consultation. Après un examen approfondi, nous reconnûmes unanimement qu'il existait un étranglement au-dessus du rectum. Les uns attribuaient l'obstruction à des tumeurs de la matrice, et les autres à des tumeurs propres à l'intestin. Le ventre était dur, ballonné; la malade avait des crises affreuses, pendant lesquelles elle vomissait et demandait avec instance une opération qui

pût la soulager. Il fut décidé qu'on tenterait encore le galvanisme.

Persuadé qu'il existait un obstacle organique insurmontable, je proposai l'opération de l'anus artificiel et je développai les idées que j'avais déja publiées; tous les consultans opinèrent pour l'opération, dans le cas où le galvanisme ne réussirait pas.

Le galvanisme fut appliqué dans la journée, avec beaucoup de soin, par M. le docteur Andrieux et par M. Puyoo; mais il n'eut aucun succès. Le soir, les crises redoublèrent; j'administrai moi-même des douches avec force; les vomissemens augmentèrent; des injections poussées fortement dans une canule courbe, introduite le plus haut possible, n'eurent pas plus de résultat.

Incertain sur le genre d'obstacle qui existait, je voulus explorer de nouveau, la malade étant placée sur le ventre, en travers sur son lit, les pieds à terre. Après avoir introduit l'indicateur aussi haut que possible, en repoussant le coccyx, je fit pénétrer le doigt plus avant, en poussant mon coude avec l'autre main. Reconnaissant que je pénétrais plus haut par ce moyen, je priai M. Puyoo, qui m'assistait, de me pousser le coude; par ce moyen, le doigt étant introduit jusqu'à l'obstacle, je pus reconnaître alors une tumeur ovoïde du volume d'une grosse noix, faisant saillie dans l'intestin, comme l'extrémité d'un petit citron. En explorant sa surface, je trouvai une espèce d'ulcération ou de trou; pensant que c'était l'orifice de l'intestin obstrué, je me fis pousser le coude plus fortement pour chercher à vaincre l'obstacle; mais comme il ne cédait pas, et craignant de faire une fausse voie, je m'arrêtai.

Cette découverte, en me faisant reconnaître la cause matérielle de l'étranglement, me donna plus d'assurance pour l'o-

pération que je devais faire le lendemain. Mais avant de la pratiquer, comme je l'avais projeté, je voulus la répéter sur le cadavre, et essayer tous les autres procédés devant quelques-uns des consultans, afin de les mettre plus en mesure de juger les raisons que j'avais fait valoir en faveur du procédé de Callisen, modifié.

Le lendemain, à huit heures du matin, je fis, en présence de MM. Récamier, Breschet et Puyoo, l'essai de tous les procédés qui ont été proposés pour établir un anus artificiel à l'abdomen.

M. Breschet m'engagea à essayer d'aller chercher l'S iliaque du colon en décollant le péritoine de la fosse iliaque, comme on le fait pour la ligature de l'artère iliaque externe ; je réussis à ouvrir le colon, sans pénétrer dans le péritoine, mais avec beaucoup de peine; la situation de la plaie, le décollement du péritoine dans une grande étendue, et l'éloignement plus grand qu'on ne pensait du rectum, nous firent renoncer à ce procédé.

Vérification faite de tous les essais, en ouvrant l'abdomen, on donna la préférence au procédé que j'avais proposé.

Le 2 juin à neuf heures du matin, MM. Barras, Fouquier, Récamier, Breschet, Puyoo, Erichsen et moi, nous fûmes réunis pour délibérer sur le parti à prendre. Après avoir raconté ce que j'avais découvert la veille, par une exploration plus approfondie, je dis que puisqu'il existait un obstacle insurmontable, et que tous les moyens employés avaient été sans succès, même le galvanisme, il n'y avait plus de temps à perdre.

Je demandai cependant que l'un des consultans voulût bien vérifier ce que j'avais constaté. M. Récamier, après avoir exploré par le même moyen, c'est-à-dire, en se faisant pousser

le coude, reconnut tout ce que j'avais indiqué; de plus il essaya de franchir l'obstacle avec une grosse sonde de métal légèrement recourbée.

Immédiatement après cette exploration, une courte discussion eut lieu, et l'opération fut décidée unanimement. Je dois ici rendre hommage à MM. les consultans; jamais je n'ai été si bien secondé; mais il faut avouer aussi que j'étais mieux préparé qu'en toute autre occasion à tenter cette grave opération, comme on peut le voir par la relation de la maladie de Broussais.

L'opération ayant été décidée, j'ai posé la question du procédé à employer, et j'ai insisté sur la préférence à donner à celui de Callisen modifié, avec d'autant plus d'avantage que je venais d'exécuter comparativement tous les procédés sur le cadavre devant MM. Récamier, Breschet et Puyoo. Après que j'eus démontré qu'il fallait renoncer à l'idée d'attaquer la maladie par en haut, c'est-à-dire par la voie nouvelle qu'on voulait établir, on donna la préférence à celui que je proposais, parce qu'il offrait l'avantage d'ouvrir l'intestin, sans intéresser le péritoine.

Bientôt tout fut disposé pour l'opération. Après avoir examiné et vérifié les objets nécessaires, je fis avec mes aides, et en présence des consultans déjà nommés, la répétition de l'opération, telle que je l'avais projetée et exécutée plusieurs fois sur le cadavre. Je procédai ensuite à l'opération.

La malade fut couchée sur le ventre inclinée à droite, et on plaça sous l'abdomen deux coussins liés ensemble. A l'instant, le côté gauche de la région lombaire devint saillant en arrière, ou plutôt il parut dans ce point une ronde bosse, indiquant que c'était là que l'opération devait être pratiquée, préférablement à tout autre endroit.

Une incision en travers fut faite à la peau, à deux doigts au-dessus de la crête de l'os des îles ; puis je coupai toujours en travers et de plus crucialement toutes les parties situées profondément. Une artère fut tordue, et après avoir incisé l'aponévrose du transverse et réséqué largement de la graisse épaisse, je reconnus parfaitement l'intestin, qui était très distendu, ballonné et dépourvu de péritoine. Étant sur le point de le perforer avec un troicart, je pensai qu'il s'affaisserait peut-être, et alors je me suis décidé à passer dans ses parois deux fils à un pouce l'un de l'autre. L'intestin maintenu à l'aide de ces fils par l'un des assistans, j'y fis d'abord une ponction dans l'intervalle des deux fils. Des gaz et même des matières fécales délayées s'échappèrent par la canule du troicart; aussitôt après, je passai à côté de cette canule un bistouri herniaire, qui me servit à agrandir en haut, en bas et crucialement, l'ouverture que je venais de faire au colon par la ponction. Cette ouverture devenue large donna issue à beaucoup de gaz, et à un jet de matières fécales délayées.

Deux injections faites par l'anus artificiel, l'une, dirigée vers le bout inférieur de l'intestin, et l'autre vers le bout supérieur, provoquèrent encore la sortie de matières fécales délayées, dont la quantité était tellement grande, que trois cuvettes en furent remplies. Cette évacuation si considérable, ainsi que la sortie des gaz, qui distendaient très douloureusement tout l'abdomen, permirent à la malade de respirer librement et d'exprimer avec joie combien elle se sentait soulagée.

L'ouverture de l'intestin fut ensuite fortement attirée en avant, à l'aide de trois pinces à torsion, et fixée à la peau par quatre points de suture entrecoupée, en renversant en dehors la membrane muqueuse. Le premier point de suture fut fait avec une aiguille courbe ordinaire; elle causa

beaucoup de douleur, tandis que les autres, faits avec les aiguilles à acupuncture dont je me sers habituellement, furent au contraire à peine sentis. L'angle postérieur de la plaie des tégumens divisés fut rapproché par un point de suture entrecoupée.

La malade supporta patiemment l'opération; immédiatement après, on la porta dans son lit, et la plaie fut simplement recouverte d'un linge huilé.

Dans la journée, la malade éprouva un très grand soulagement; elle dormit peu la nuit suivante.

Le 3 juin au matin, elle était faible, et elle avait de la chaleur et de la fièvre. Elle avait rendu beaucoup de matières par l'anus artificiel; rien n'était dérangé dans la plaie; le tissu cellulaire paraissait assez gonflé.

Le 3 au soir, elle dormit d'un bon sommeil; elle s'est réveillée seule pendant ma visite; elle est faible, mais assez bien, après tout ce qu'elle a éprouvé; elle a digéré facilement du bouillon et de l'eau rougie sucrée. Des frictions avec une pommade mercurielle et d'extrait de belladone durent être pratiquées autour de la plaie, que l'on recouvrit avec un linge huilé.

Le 4, la malade dit avoir très bien passé la nuit, elle a dormi jusqu'à deux heures de suite; elle ajoute qu'elle a dormi avec délices, parce qu'elle n'avait pas eu de sommeil depuis quinze jours. Elle eut trois évacuations la nuit et deux depuis le matin. A la suite de bouillonnemens et de glouglou elle rendit beaucoup de *glaires* et de gaz. Chaque fois qu'elle devait rendre des matières, elle éprouvait une douleur dans la plaie et point dans le ventre. La hernie crurale était ressortie; elle était dure et douloureuse; on y appliqua des cataplasmes émolliens, ainsi que sur le ventre. Le soir, le pouls devint plus fréquent; la malade ne se plaignait que de la hernie, qui était plus

dure et plus douloureuse. Six sangsues furent appliquées sur la tumeur, et immédiatement après, des cataplasmes émolliens.

Le 5, la malade était dans le même état que la veille. La hernie était toujours plus douloureuse; la malade ne se plaignait que de ce point du ventre.

Le 6 juin, quatrième jour après l'opération, MM. Barras, Fouquier, Breschet et Puyoo, furent réunis pour constater l'état de la malade, qui fut trouvé très satisfaisant à l'exception de la hernie.

Le soir, MM. Récamier et Valentine Mott visitèrent la malade avec moi; ils trouvèrent la plaie en très bon état; la hernie seule fixa leur attention. La malade avait des pressentimens sinistres; elle disait qu'elle était menacée d'une nouvelle opération; moi-même je partageais ses craintes et je les exprimai à ces messieurs, qui eurent aussi des inquiétudes sur l'issue de cette grave complication. Il fut convenu qu'on cesserait l'usage du lait et de la glace, qui avait provoqué une forte diarrhée, et qu'on porterait toute son attention sur la hernie, qui était devenue très douloureuse.

Le 7, la fièvre augmenta, la tumeur de l'aine droite devint plus grosse, plus rouge et plus douloureuse. Nous convînmes, avec M. Barras, de faire appliquer des ventouses scarifiées sur la hernie et autour.

Le 7 au soir, avec MM. Breschet et Barras, nous constatâmes que les ventouses avaient eu peu d'effet, et nous fûmes d'avis d'appliquer de nouveau des sangsues et d'avoir recours aux bains de siége.

Le 8, la malade dit qu'elle se sentait affaiblie par les sangsues, mais qu'elle se trouvait un peu mieux. Elle éprouvait

toujours un tiraillement dans l'aine droite et dans le côté correspondant du ventre ; mais la tumeur était moins grosse, moins dure et moins rouge. La malade, n'étant pas aussi tourmentée par ses pressentimens sinistres, affirmait avoir moins souffert de l'opération que des tentatives qu'on avait faites pour vaincre l'obstacle du rectum.

Le 9, madame D.... était encore un peu mieux que la veille; la hernie n'était ni aussi grosse ni aussi dure; le ventre au-dessus de la tumeur était encore douloureux ; la plaie était moins blafarde ; le pus de bonne nature. Une évacuation eut lieu, au moment où j'examinais la plaie ; les matières étaient verdâtres, épaisses et mousseuses; elles avaient été précédées par des gaz.

Le 10, le mieux se soutint et nous fit espérer que les accidens formidables, qui nous faisaient craindre l'inflammation et la gangrène de la tumeur, allaient se dissiper.

Le 11, la malade se plaignit d'avoir eu une indigestion, parce que ses alimens avaient été mal préparés. Elle sentait, lorsqu'elle faisait des efforts, des gaz qui se portaient de bas en haut, pour sortir par l'anus artificiel.

Le 12, M. Blandin vit la malade avec moi. Elle avait de l'appétit et les matières, qui sortaient par l'anus artificiel, étaient déjà un peu moulées.

Le 13, elle demanda à manger. La plaie paraît affaissée et rétrécie, ainsi que l'ouverture faite à l'intestin.

Le 14, madame D... était toujours dans un état satisfaisant. Deux selles avaient eu lieu en douze heures par l'anus artificiel, sans coliques et sans qu'elle se fût aperçue de la sortie des matières fécales. Celles-ci étaient moulées et accompagnées de quelques glaires.

Le 17, la malade était moins bien que les jours précédens;

elle éprouvait quelques pincemens dans le côté gauche du bassin et dans le côté droit à partir de la hernie. Trois petites selles moulées eurent lieu dans la journée.

Le 19, quatre selles dans les vingt-quatre heures; l'une, qui eut lieu en notre présence, était composée de matières moulées, sortant comme d'un anus naturel et sous la forme d'un ovoïde, dont on aurait coupé la petite extrémité.

Le 20 juin, dix-huitième jour après l'opération, madame D... eut une espèce d'urticaire, qui la tourmenta beaucoup. Dans la journée six selles eurent lieu ; une seule était liquide. La malade attribua ces évacuations, plus abondantes que de coutume, à du potage au lait qu'elle avait pris en assez grande quantité.

Le 21, six selles dans la journée; l'une d'elles était composée de matières liées et moulées, formant un cylindre de trois ou quatre pouces, et qui sortit comme d'un anus normal.

Le 24, augmentation de l'appétit et des forces. Madame D... put faire de grands pas dans sa chambre. Les pincemens du ventre et les maux de reins avaient disparu. Toutes les rougeurs de la peau s'étaient dissipées.

Le 25, la malade se trouvait fatiguée de s'être levée la veille deux fois. De temps en temps, elle disait éprouver une secousse, comme un hoquet, qui cependant devenait de jour en jour moins fort.

Le 29, madame D... percevait la sensation des matières fécales, qui tendaient à s'échapper par l'anus artificiel. Dans les vingt-quatre heures, elle eut quatre ou cinq petites selles, qui équivalaient, dit-elle, à une selle ordinaire par l'anus normal. L'anus artificiel était toujours bien saillant, et la muqueuse, qui se renversait et proéminait pendant les efforts, rentrait d'elle-même aussitôt que les matières fécales étaient sorties.

Le 6 juillet, madame D... éprouva de temps en temps de petits élancemens dans le bassin. Elle eut des espèces de crises, qui l'empêchèrent de dormir. Cependant, elle se leva, marcha dans la chambre et mangea avec assez d'appétit. Les évacuations par l'anus artificiel avaient lieu assez régulièrement, quatre ou cinq fois par jour.

Le 9 juillet, la malade éprouva du plaisir à me montrer qu'elle se levait avec facilité et qu'elle marchait aisément. Elle était restée levée hier, quatre heures de suite. Point de selles depuis vingt-quatre heures; mais, ce jour-là, survint une évacuation abondante et volontaire, comme par l'anus normal. Les matières qui étaient évacuées par la voie nouvelle avaient beaucoup moins d'odeur que celles qui sortaient autrefois par l'anus normal. Peut-être cette odeur était-elle absorbée en partie par les cataplasmes dont on recouvrait l'anus artificiel.

Le 11 juillet, trente-neuvième jour après l'opération, MM. Magendie et Breschet, commissaires de l'Académie des sciences, chargés de faire un rapport sur ce fait, ont vu la malade, qui devait partir le lendemain, pour aller passer la belle saison à Passy. L'examen du rectum avec le doigt me démontra que cet intestin était assez large, et qu'il contenait une petite boulette de matière, qui ressemblait à l'adipocire.

L'anus artificiel était très bien établi; il faisait parfaitement ses fonctions, et les selles étaient presque régulières.

Le 13, madame D... se rendit à Passy, et le 21 juillet je lui fis une visite. Je l'ai trouvée dans le salon avec madame sa sœur, et dans l'état le plus satisfaisant. Elle n'avait pas éprouvé le moindre accident depuis son départ de Paris. Elle sentait toujours quelques tiraillemens dans sa hernie et des douleurs dans les reins. La malade m'assura avoir rendu des gaz par l'anus normal, ce qui me prouva que l'obstruction du

rectum était moins complète qu'avant l'opération. L'anus artificiel faisait toujours bien ses fonctions. Une petite douleur indiquait le besoin d'aller à la garderobe; la malade n'a eu qu'une seule fois la diarrhée depuis l'opération ; elle avait au contraire une tendance à la constipation.

En examinant l'anus artificiel, j'ai trouvé une boulette de matières fécales bien moulée et à moitié engagée dans l'ouverture; elle n'était retenue que par les linges du pansement. Un petit effort de la malade la fit complètement sortir. La muqueuse de l'anus artificiel était parfaitement épanouie, le doigt indicateur pénétrait avec la plus grande facilité dans l'intestin. Les bords de l'ouverture étaient complètement souples. Le doigt me fit reconnaître une autre boule de matières fécales, analogue à celle qui était déjà sortie.

Lorsque la malade faisait des efforts, la muqueuse avait de la tendance à sortir. Un petit pansement, ou appareil compressif suffisait pour faire rentrer le bourrelet de la muqueuse et s'opposer à l'issue des matières fécales, de sorte que la malade n'allait à la garderobe qu'après avoir ôté l'appareil.

Le 18 août, j'ai fait une seconde visite à madame D... Je la trouvai dans le même état que la première fois; elle m'assura de nouveau que des gaz passaient par l'anus normal. Depuis le 18 août jusqu'à présent (1er octobre), quatre mois après l'opération, la santé de la malade a été aussi satisfaisante que possible; toutes ses fonctions s'exécutent parfaitement, et l'anus artificiel est moins incommode qu'on ne pourrait le supposer; la malade, qui est d'une propreté recherchée, supporte son infirmité beaucoup mieux qu'elle ne l'avait pensé tout d'abord.

RÉFLEXIONS.

D'après ce qui précède, il est de toute évidence que notre malade serait morte promptement, si on ne se fût hâté d'ouvrir une voie nouvelle aux matières fécales.

Dans un grand nombre de maladies de cette espèce, on a laissé mourir les malades, sans oser établir un anus artificiel.

Espérons que désormais il n'en sera plus ainsi, puisque, comme nous l'avons établi, cette opération peut être pratiquée sans ouvrir le péritoine, et que, par conséquent, elle devient beaucoup moins grave.

Reprenons maintenant les points importans de ce fait; jetons un coup-d'œil rétrospectif sur cette observation. J'avoue tout d'abord que je n'avais pas soupçonné l'existence d'une affection organique du gros intestin. Mon attention s'était portée particulièrement sur l'utérus, sur l'urètre et sur la hernie, comme on le voit par les antécédens.

L'obstruction du gros intestin se trouve évidemment à la fin de l'S iliaque, très près de l'extrémité supérieure du rectum. Quelle est la nature de cette obstruction? C'est une tumeur dure, faisant saillie dans l'intérieur de l'intestin; elle paraît faire partie de l'épaisseur de ses parois. Est-ce une tumeur fibreuse ou carcinomateuse? Il est difficile de répondre à cette question.

En considérant la fraîcheur et la couleur vermeille du visage, on est tenté de croire qu'il ne s'agit point d'une affection cancéreuse. Dans cette supposition, on pourrait espérer de conserver longtemps la malade.

Y a-t-il quelque relation entre la maladie actuelle et les premières douleurs d'entrailles que la malade a éprouvées il y a treize ou quatorze ans? Je le pense.

Les symptômes inflammatoires de la hernie m'ont donné beaucoup d'inquiétude. J'étais fort préoccupé de l'idée d'une nouvelle opération. Je redoutais la gangrène de la portion herniée et la péritonite. Plusieurs fois, j'ai éprouvé une vive angoisse; et, pendant quelques jours, j'ai été bien affligé de cette malheureuse complication.

Si la malade eût succombé par le fait de la hernie, c'eût été un grand malheur; car, malgré mes raisons bien déduites, les praticiens auraient été découragés comme auparavant. Seul, peut-être, j'aurais persévéré; mais enfin le but n'aurait pas été atteint comme il le sera, j'espère. Je livre cette réflexion aux praticiens, pour leur montrer à quoi tient le progrès.

Les résultats relatifs à la hernie prouvent qu'il ne faut pas trop se presser d'opérer, surtout quand la hernie vient compliquer une opération majeure.

Dans aucun cas de cette espèce, je n'ai jamais été si bien secondé par les médecins consultans, comme je l'ai déjà fait remarquer. Il est vrai de dire que j'étais bien préparé et que l'occasion était des plus favorables. Il n'y a eu entre nous que de légères dissidences sur la maladie, sa nature, son siège, et nous avons arrêté que, si on ne parvenait pas promptement à faire évacuer la malade, il n'y avait d'autre ressource pour elle que l'opération de l'anus artificiel.

Je suis bien convaincu que les essais comparatifs des divers procédés que j'ai faits à l'Hôtel-Dieu, le matin même de l'opération, devant MM. Récamier et Breschet, ont aplani beaucoup de difficultés et m'ont permis d'exécuter le procédé que j'avais conçu et médité depuis longtemps. Je le dis à dessein,

pour engager les praticiens à employer ce moyen, afin de couper court aux discussions, quand on peut convaincre facilement par les faits. C'est une ressource précieuse qu'il ne faut jamais négliger. *Voir et faire, faire voir.*

Comme on a pu le constater par les détails de l'observation, l'opération a été simple et facile. Maintenant que nous avons beaucoup étudié et médité ce fait, tout semble indiquer le point que nous avons choisi comme le plus favorable. En effet, dès que la malade fut retournée, la poitrine et le ventre étant appuyés sur des coussins, nous vîmes, avec satisfaction, le colon lombaire gauche faire saillir le flanc en arrière, et tous les temps de l'opération ont été favorisés par cette disposition de l'intestin. La malade nous a assuré qu'elle avait moins souffert de l'opération que des crises qu'elle éprouvait avant.

Relativement aux évacuations, remarquons que les selles ont d'abord été liquides et glaireuses; bientôt, elles ont pris plus de consistance; enfin elles se sont régularisées. Dans les vingt-quatre heures, cinq, trois, deux selles, une enfin, et déjà la malade était inquiète; elle craignait que la constipation dont elle avait tant souffert ne revînt.

Bientôt les selles ont toujours été moulées. La malade n'a pas eu une seule fois le dévoiement, excepté lorsqu'elle a pris, un jour, du lait et de la glace en abondance. En résumé, la voie nouvelle remplit ses fonctions beaucoup mieux qu'on n'aurait pu le supposer, et presque aussi bien que l'ouverture normale.

Un fait intéressant, c'est que les matières fécales qui sortent par l'anus artificiel, quoique moulées et de même apparence que celles qui sortaient par l'anus normal, n'ont que peu ou point d'odeur. Cette remarque a été faite souvent par la malade surtout lorsqu'elle a fait une seule selle abondante en vingt-quatre heures. Moi-même j'ai remarqué avec intérêt pour

la malade, que les matières fécales n'avaient point d'odeur. C'est un fait physiologique intéressant et qui prouve que les fèces n'acquièrent de l'odeur que dans la portion inférieure du gros intestin.

La malade trouve qu'elle mange beaucoup plus qu'avant l'opération ; sans doute parce que la digestion se fait plus vîte et que le résidu de cette fonction séjourne moins dans les intestins.

Notre opérée, malgré les tumeurs du bassin et de l'abdomen, est dans un état assez satisfaisant; et nous espérons qu'elle vivra longtemps, grâce à la voie nouvelle pratiquée en arrière du colon lombaire gauche.

Si l'obstruction du gros intestin pouvait être détruite, on aurait alors l'espoir de rétablir l'ancienne voie. Il serait plus facile, dans les cas de cette espèce, de fermer l'anus artificiel, parce que l'éperon qui sépare les deux bouts de l'intestin est infiniment moins marqué que lorsqu'on attire une anse d'intestin tout entière, en passant un fil dans le mésentère. Ici, c'est seulement la paroi postérieure qui a été attirée à la plaie.

Dans le cas qui nous occupe, on ne peut penser à essayer de rétablir l'ancienne voie. Mais si on avait une occasion favorable, le procédé mis en usage offrirait beaucoup d'avantages. Il suffirait de fermer l'ouverture nouvelle; il ne serait peut-être pas nécessaire de détruire l'éperon.

En résumé, ce fait justifie complètement tout ce que j'ai avancé dans la première partie de ce mémoire.

2e OBSERVATION.

Obstruction squirrheuse de la moitié supérieure du rectum et de la fin de l'S iliaque, chez un homme âgé de soixante-deux ans; constipation opiniâtre; débâcles pénibles tous les six, huit et douze jours; affaiblissement graduel du malade; anus artificiel établi avec succès, en ouvrant le colon lombaire gauche, *sans pénétrer dans le péritoine.*

M. T..., âgé de soixante-deux ans, né jumeau; son frère est mort à seize ans, à la suite d'une croissance trop rapide; son père est mort à quarante-cinq ans, d'une fièvre putride, et sa mère à cinquante ans, à l'époque critique, d'une maladie du foie survenue à la suite de profonds chagrins. Une sœur de M. T... est morte à cinquante-huit ans, d'une maladie du cœur; deux frères existent encore et se portent bien; aucun de ses parens n'est mort d'affection cancéreuse.

M. T..., d'une haute stature et d'un tempérament bilieux très prononcé, a toujours été d'une santé faible. Il y a vingt ans, il éprouva un grand épuisement à la suite d'excès avec les femmes; il avait des faiblesses et des syncopes; son estomac ne pouvait plus rien digérer. L'allaitement pendant six semaines réussit si bien, qu'il devint amoureux de sa nourrice, et, pour éviter la tentation, on le mit à l'usage du lait de chèvre et des alimens plus substantiels.

Depuis quinze ans, M. T... a éprouvé de grands chagrins qui l'ont jeté dans une mélancolie profonde voisine de l'hypochondrie; il s'isolait toujours, même à la promenade, constamment préoccupé par une idée fixe qui lui faisait commettre de grandes distractions.

Il y a douze ou quatorze ans, il était souvent affecté de rhumes et de catarrhes bronchiques opiniâtres pour lesquels il alla passer plusieurs hivers en Italie; on a cru pendant

longtemps qu'il mourrait d'une maladie de poitrine.Les rhumes ont complètement disparu, depuis que la maladie s'est fixée sur les entrailles.

Depuis dix ou douze ans, M. T... était très constipé ; il était presque toujours forcé d'agir avec ses doigts, pour débarrasser le rectum. Les lavemens ne suffisaient pas pour faire cesser la constipation, et il fallait que le malade prît 18 ou 20 grains de rhubarbe pour aller à la garderobe.

Il y a quatre ans environ, il eut, pour la première fois, un écoulement de sang par l'anus, et lorsqu'il voulait rendre des gaz, du sang s'échappait en même temps.

Le premier médecin consulté caractérisa la maladie de gastro-entérite chronique ; il disait à M. T... : « Votre maladie est dans le gros intestin. » Des sangsues en assez grand nombre furent appliquées à l'anus : il prit des bains gélatineux ; il fut mis à la diète et au laitage pour toute nourriture.

Une année après, un autre médecin changea avec succès ce régime sévère. Une nourriture forte et substantielle releva les forces.

Deux ou trois fois M. T... a été affecté d'anasarque; en dernier lieu, il y a huit mois, tout le corps était bouffi, jaune paille; alors on crut à une maladie du cœur. Cet état céda à l'usage des toniques.

Six mois après, le malade vint à Paris consulter M. le docteur Barras, qui caractérisa la maladie d'entéralgie compliquée d'hémorragie. Un doigt introduit dans le rectum ne put atteindre jusqu'à la cause du mal.

Enfin M. T... est revenu à Paris le 9 mai dernier, pour consulter M. le docteur Foville. Ce médecin, après avoir examiné le malade avec une grande attention et palpé le ventre, malgré l'absence de symptômes positifs, soupçonna une affection

du rectum, et, après des recherches attentives, il reconnut une altération organique de la partie supérieure de cet intestin.

Le 16 mai, j'ai été appelé en consultation par M. le docteur Foville et j'ai constaté l'existence d'une affection carcinomateuse de la moitié supérieure du rectum ; la maladie consistait dans une végétation squirrheuse de la surface interne de l'intestin. Le doigt indicateur pénétrait assez facilement dans la partie rétrécie, mais ne pouvait atteindre la limite supérieure du mal ; en bas, on sentait un bourrelet proéminent comme un col de matrice cancéreux et largement ouvert ; à l'extérieur, l'affection squirrheuse ne paraissait pas dépasser l'intestin. Les autres organes du bassin et de l'abdomen ne présentaient aucune altération.

Les garderobes étaient difficiles et rares ; le malade avait depuis longtemps des envies continuelles d'aller à la selle ; il ne parvenait à dissiper cette incommodité fatigante qu'en élevant les deux pieds pendant qu'il était assis, de manière à relever le bassin. M. T... était très amaigri et avait la teinte jaune paille, caractéristique de l'affection constatée dans le rectum. Avant de rien entreprendre, nous convînmes avec M. Foville de nous adjoindre quelques confrères.

Le 19 mai, MM. Récamier, Breschet, Foville, Puyoo et moi, nous fûmes réunis en consultation. Après un soigneux examen, et une discussion approfondie, il fut décidé qu'on ne pouvait attaquer la maladie que par la dilatation et la cautérisation.

Après avoir, pendant plusieurs jours, passé de grosses bougies à empreinte dans le rétrécissement et avoir dilaté avec des mèches et un doigt de buis, nous étions convenus que nous procéderions à la cautérisation. Mais l'examen approfondi du bourrelet inférieur avec le doigt, et au moyen du spéculum, me fit penser que l'écrasement de cette partie se-

rait beaucoup plus simple et plus facile que la cautérisation.

Une nouvelle consultation eut lieu le 30 mai. L'écrasement de la portion saillante de la tumeur ayant été discuté et approuvé, je procédai immédiatement à l'opération en présence de tous les consultans.

Le malade fut placé comme pour l'opération de la taille; une grosse et longue pince à mors dentelés, de la largeur du pouce, étant guidée par le doigt indicateur, je fis peu à peu, et circulairement, l'écrasement du bourrelet. Plusieurs portions dures offrirent beaucoup de résistance. L'opération fut peu douloureuse, et il n'y eut qu'un très léger écoulement de sang. Des injections froides furent faites à plusieurs reprises dans le rectum.

Le 31 mai, le malade éprouva un peu de chaleur et de fièvre; la base du bourrelet était gonflée. Les jours suivans, on continua les mêmes moyens; la séparation des parties écrasées se fit promptement. Les suites de cette opération furent nulles ou presque nulles et le résultat fort important, puisqu'on fit tomber, par cette simple manœuvre, ce qu'on n'aurait pu obtenir que par un bon nombre de cautérisations.

Le 6 juin, aidé de MM. Foville et Puyoo, je fis une première cautérisation avec un gros cylindre de potasse caustique en bâton, à l'aide d'un petit spéculum à trois valves, comme le speculum uteri. Le caustique était à moitié renfermé dans un gros tuyau de plume fendu en quatre et maintenu par un fil tourné autour, comme un crayon dans son porte-crayon.

La cautérisation a été assez forte; mais elle n'a porté que sur la moitié inférieure et intérieure de la maladie. De fortes injections ont été faites immédiatement sans ôter le spéculum,

et on en a fait souvent encore après sans cet instrument. Les jours suivans, on donna de grands lavemens ; mais ils ne pénétrèrent que très difficilement.

Le 10 juin, le malade étant recourbé, la tête et les coudes appuyés sur son lit, j'introduisis dans l'S iliaque une grosse canule recourbée dont on se sert pour les injections vaginales. Pour faciliter l'introduction, le doigt servant de conducteur à la canule, je la dirigeai d'abord la courbure en haut, c'est-à-dire en sens inverse de celle du rectum ; dès que l'olive eut dépassé le point malade, je la retournai en la poussant. L'instrument pénétra avec facilité dans l'S iliaque, et deux injections avec une seringue à hydrocèle furent données avec facilité.

L 11 juin, toujours assisté de MM. Foville et Puyoo, je pratiquai la deuxième cautérisation avec le porte-caustique que j'ai décrit dans la relation de la maladie de Broussais. Il était chargé de potasse caustique, coulée dans les quatre cuvettes. Cette cautérisation réussit moins bien que la première, parce que les cuvettes du porte-caustique se remplirent très vite de sang coagulé et de matières glaireuses. Cette fois, la cautérisation eut peu d'effet, comme je m'y attendais d'après la remarque faite sur les cuvettes et la petite quantité de potasse dépensée.

Le 14, après avoir introduit la canule recourbée, au-delà de l'obstacle, comme je l'ai indiqué précédement, je fis donner un lavement qui fut conservé complètement sans provoquer de garderobe.

Le 17, une quatrième cautérisation fut pratiquée comme la première et la troisième. Cette fois, l'application du caustique à l'intérieur de la maladie n'a pas été aussi facile. Le spéculum n'était pas aussi bien placé.

Le 19, une bougie à empreinte, grosse comme le pouce, dépassa l'obstacle assez facilement.

Le 21 juin, je pratiquai une cinquième cautérisation à l'aide d'un spéculum à deux valves, et avec un cylindre de potasse caustique maintenu dans une plume.

Le 25, le malade était fatigué; il avait eu plusieurs selles copieuses pendant la nuit; la cautérisation qui devait avoir lieu ce jour-là fut remise au lendemain; le malade en fut fort content; il nous avoua que, malgré son affaiblissement, il n'aurait pas osé nous demander ce retard, craignant de ne pas montrer assez de courage.

Le 26, eut lieu la sixième cautérisation, comme les précédentes et sans aucun phénomène notable.

Le 1^er^ juillet, on procéda à la septième cautérisation qui n'offrit rien de remarquable.

Le 6 juillet, le doigt, introduit dans le rectum, pénétra plus profondément; en poussant le coude avec l'autre main et avec la hanche droite, j'arrivai à la limite du mal, et je reconnus des saillies qui n'avaient pas été touchées par le caustique; une grosse bougie à empreinte, entourée d'éponge préparée derrière la cire dans l'étendue de deux pouces, pénétra assez facilement dans l'obstacle et y fut maintenue à demeure.

Le 8 juillet, le malade éprouva un grand affaiblissement en faisant des efforts pour aller à la garderobe. Il était mal disposé; il nous pria de remettre la cautérisation au lendemain. Immédiatement après, il fut contrarié d'avoir demandé du répit.

Le 9 juillet, huitième cautérisation : le malade était mieux disposé, et il disait être content d'avoir remis la cautérisation. Cette fois, elle fut plus forte et assez douloureuse. Cependant, je ne cautérisai toujours que dans la moitié inférieure du ré-

trécissement ; il n'était pas possible d'aller au-delà, le spéculum étant ouvert au-dessous du point malade.

Pour cautériser plus haut, il aurait fallu introduire un plus petit spéculum dans la cavité agrandie en cône par la cautérisation ; alors on aurait atteint la moitié supérieure, peut-être n'aurait-on pu le faire qu'avec un porte-caustique courbe.

La difficulté des défécations, malgré les cautérisations et les autres moyens employés, et l'affaiblissement du malade, me firent comprendre la nécessité d'agir plus activement et de faire sur la partie supérieure de l'obstruction ce que j'avais fait avec succès sur la moitié inférieure. Mais avant d'agir, je voulus avoir l'avis des confrères qui avaient déjà été appelés en consultation. Il fut convenu qu'il ne serait rien entrepris avant d'avoir conféré et discuté de nouveau.

Le 13 juillet, MM. Récamier, Breschet, Foville, Puyoo et Séguin furent réunis pour donner leur avis sur les résultats obtenus par l'écrasement et la cautérisation. Après leur avoir raconté ce qui s'était passé, ils reconnurent que la partie écrasée avait été détruite, et que la moitié inférieure du rétrécissement cancéreux avait été fortement excavée en cône par la cautérisation ; mais que la partie supérieure s'était rétrécie et que les excroissances avaient pullulé.

Je dis alors que la moitié inférieure seule avait été attaquée et que je me proposais d'agir sur la moitié supérieure en plaçant un petit spéculum dans l'excavation obtenue. Je développai cette idée, et j'insistai beaucoup pour continuer la cautérisation.

M. Foville ne fut pas de mon avis, et il dit que puisqu'il n'y avait point de moyen chirurgical qui pût triompher promptement et sûrement de l'obstruction, le malade s'affaiblissant

sensiblement, il n'y avait pas de temps à perdre, et comme l'opération de l'anus artificiel que j'avais déjà faite une fois avec succès était simple et peu dangereuse, il n'y avait que ce moyen qui pût prolonger les jours du malade.

M. Récamier, après avoir raconté tout ce que l'exploration lui avait appris, émit son opinion d'une manière très favorable à l'opération qu'il avait vu pratiquer sur ma première malade; il dit aussi qu'il fallait renoncer à attaquer la maladie par le rectum et se hâter d'établir un anus artificiel.

M. Breschet, ayant aussi exploré le rectum, constata, comme nous, les résultats obtenus par le broyement et la cautérisation, et se rangea à mon avis.

Une discussion s'engagea alors et nous soutînmes de part et d'autre nos opinions. MM. Puyoo et Séguin consultés furent du même avis que MM. Foville et Récamier.

Malgré la répugnance que j'éprouvais à établir un anus artificiel, sans une impérieuse nécessité, je me rendis aux raisons alléguées par la majorité des consultans.

L'opération fut décidée, et M. Foville fit connaître au malade, avec tous les ménagemens possibles, le résultat de la délibération. M. T... fut d'abord étonné et ému, lui qui était ordinairement si impassible; il demanda quatre jours de réflexion.

Une dame de ses amies, lui ayant parlé de ma première opérée, lui proposa d'aller voir cette dame à Passy : la proposition fut acceptée et promptement exécutée. Le malade fut si content de ce qu'on lui raconta, après cette visite, qu'il m'envoya dire, immédiatement après, qu'il voulait être opéré le lendemain.

Le jour suivant à huit heures du matin, je fis à l'Hôtel-Dieu, sur un cadavre de phthisique, la répétition de l'opération, en présence des personnes qui devaient assister à ma seconde

opération d'anus artificiel. L'essai sur le cadavre fut si simple, si facile, et si promptement exécuté, que les assistans furent étonnés qu'on n'ait pas été plus tôt convaincu de la possibilité et de la facilité d'ouvrir le colon lombaire gauche, sans pénétrer dans le péritoine.'

Le 14 juillet à neuf heures du matin, après avoir préparé et examiné tous les objets nécessaires à l'opération, en réfléchissant aux difficultés qu'elle pourrait présenter, je pensai qu'il serait peut-être utile d'injecter le gros intestin. Immédiatement j'avais agité la question de savoir s'il ne conviendrait pas de distendre le gros intestin pour favoriser l'opération. Ma proposition fut écartée parce qu'on craignait que le malade ne pût retenir l'injection, et parce qu'on supposait l'intestin distendu par huit jours de constipation ; moi-même, je partageais cette dernière opinion.

L'opération fut faite dans l'établissement des Néothermes, en présence de MM. Breschet, Récamier, Foville, Puyoo, Seguin, Bouchacourt, d'Arcet, Vandersavel, Foucart, Dusseris et Tessereau.

Le malade fut placé sur un lit de sangle, et renversé de manière que le ventre appuyait sur une forte élévation faite avec trois traversins liés ensemble par une alaise, le tout surmonté par un drap plié en compresse épaisse. Aussitôt, le flanc est devenu saillant, mais beaucoup moins que chez ma première opérée et plus en dehors.

Une incision de la peau fut faite en travers, en arrière de la région lombaire, au milieu de l'espace compris entre la dernière fausse côte et la crête de l'os des îles. Cette incision avait à peu près quatre travers de doigt ; elle s'étendait depuis le bord externe de la masse commune, jusqu'au milieu de la crête de l'os des îles ; le tissu cellulaire et les plans muscu-

laires peu distincts ont été incisés. Les autres plans musculaires et aponévrotiques profonds ont été coupés en travers. Arrivé au tissu cellulaire graisseux qui recouvre le péritoine et les intestins, j'ai été fort embarrassé. Après avoir constaté que j'étais trop en dehors et que la saillie intestinale était formée par les intestins grêles recouverts par le péritoine, je mesurai d'un coup-d'œil toutes les parties de l'espace mis à découvert, et je reconnus que le muscle carré lombaire avait une grande étendue ; enfin je pensai que le colon pouvait être caché par lui. Je fis part de cette réflexion à MM. Breschet et Foville et aux assistans, qui approuvèrent l'idée que j'avais, de couper le bord externe du carré. En le soulevant, j'aperçus une trace verte, longitudinale, qui indique le colon. A l'instant je fus débarrassé d'une très pénible incertitude. Après avoir incisé une portion de ce muscle, il devint évident que le colon était contracté et complètement recouvert par le muscle carré. Le gros intestin ayant été débarrassé de la graisse et du feuillet celluleux qui le recouvre, je passai séparément deux fils dans la paroi de l'intestin, pour mieux le soutenir. Je le perforai avec un bistouri, dans l'intervalle des deux fils ; en tenant les parois avec une pince, j'agrandis l'ouverture en plusieurs sens, avec un bistouri boutonné ; alors je pus introduire le petit doigt et reconnaître évidemment que l'intestin était très contracté, sans cependant être malade. Après l'avoir attiré fortement en avant avec les fils et trois pinces à torsion, j'attachai l'ouverture intestinale à la peau, dans l'angle antérieur de la plaie, par quatre points de suture entrecoupée avec des aiguilles à acupuncture. Je fis immédiatement deux injections par l'anus artificiel, l'une dirigée vers la partie supérieure de l'intestin, et l'autre vers la partie inférieure. Aussitôt après, l'injection ressortit en jet et en-

traîna avec elle une boule de matière fécale, grosse comme une petite noix. En plaçant le doigt dans l'intestin, je le trouvai dilaté et contenant beaucoup de boulettes analogues à celle qui avait été entraînée au dehors par l'injection.

Dans les efforts que faisait le malade, la muqueuse proéminait et l'ouverture nouvelle avait déjà la forme et l'apparence d'un anus artificiel bien conformé. Cette remarque fut faite par tous les assistans qui en étaient étonnés.

Ayant observé qu'en dehors et en dedans de l'anus, le péritoine était fortement repoussé dans les efforts, nous pensâmes qu'il serait utile de faire plusieurs points de suture, un en avant et deux en arrière pour soutenir le péritoine et le contenir dans ses limites.

Le malade a parfaitement supporté l'opération; elle nous a a paru lui être peu douloureuse. Immédiatement après, il a voulu marcher jusqu'à son lit. L'anus artificiel a été recouvert d'un cataplasme léger, placé entre deux linges.

Les deux premiers jours se sont passés sans la moindre trace d'inflammation dans la plaie, ni au pourtour; le malade a rendu de l'eau trouble et des gaz par l'anus normal. Il n'a pris que du bouillon et des potages légers.

Le troisième jour au soir, le pouls est devenu un peu plus fréquent. La lenteur du travail inflammatoire de la plaie était remarquable; l'abdomen était parfaitement souple et sans douleur.

Le quatrième jour, de l'eau et des gaz sont sortis par l'anus artificiel, et une boule de matière fécale et de l'eau par l'anus normal.

Le cinquième jour, la nuit fut agitée, le malade éprouva du gargouillement dans le ventre et tous les signes qui indiquent le besoin d'une évacuation. J'ôtai les épingles des points de su-

ture, la réunion immédiate avait été obtenue comme pour un bec de lièvre. Après avoir placé le petit doigt dans l'anus artificiel pour reconnaître les deux bouts de l'intestin, je constatai que l'éperon était peu marqué. Deux lavemens furent donnés par l'anus artificiel et un autre par l'anus normal.

Le soir, une consultation eut lieu, et l'on trouva l'opéré dans l'état le plus satisfaisant sous tous les rapports. Le malade mangea avec plaisir du pain, du beurre et but du thé. Quelque temps après, une débâcle se fit par l'anus artificiel. Il sortit d'abord des gaz, puis une assez grande quantité de matières fécales délayées et deux ou trois boules comme des avelines. Le malade dit n'avoir éprouvé aucune douleur et plutôt du bien-être ; il n'était pas fatigué ; il était évident que l'enlèvement des épingles avait favorisé cette évacuation. Une grande amélioration eut lieu après la débâcle ; mais la réunion s'était un peu déchirée dans les efforts et dans les mouvemens de torsion du tronc.

Le sixième jour, une selle assez forte, de matières anciennes, s'effectua par l'anus normal. La plaie s'ouvrit davantage en arrière ; elle était d'une couleur blafarde. A déjeuner, le malade mangea une côtelette, il but du thé, et une demi-heure après, il rendit une petite selle jaune par l'anus artificiel. Le soir, il se trouva plus fort, et fit des projets de promenade dans les environs de Rouen.

Le septième jour, pansement avec de la charpie trempée dans du vin. Deux lavemens furent donnés par l'anus artificiel et un par l'anus normal. Une demi-heure après, le malade prit un potage et rendit ensuite, de demi-heure en demi-heure, une grosse boule de matière fécale et un peu d'injection. La nuit fut très bonne ; après avoir pris un petit pot de gelée

de viande à une heure du matin, il dormit jusqu'à sept heures.

Le huitième jour, il urina beaucoup, parce que les lavemens avaient été complètement absorbés. Le malade déjeûna parfaitement avec un potage, des œufs, du thé et du beurre; le barbier se faisant trop attendre, il fit sa barbe lui-même dans son lit; il se plaça ensuite sur son canapé qu'on glissa près de la fenêtre. Une demi-heure après le déjeûner, une selle de meilleure couleur que les précédentes eut lieu par l'anus normal. Déjà, plusieurs fois, les évacuations s'étaient effectuées une demi-heure après les repas depuis l'opération, et la même chose n'avait pas été observée auparavant.

Le neuvième jour, MM. Breschet et Récamier furent appelés en consultation. Ils trouvèrent que le malade avait déjà beaucoup gagné depuis l'opération. Il était assis dans son lit, ayant, dit-il, fait sa toilette pour nous recevoir. Le visage était bon, l'œil ferme, le maintien assuré; il avait repris ses habitudes pour le régime. Ce matin, après déjeûner, de l'eau grisâtre est sortie par l'anus inférieur et des gaz par l'anus supérieur. On convint de ne pas trop s'opposer aux évacuations inférieures, et de dilater cependant l'anus artificiel pour favoriser le passage des matières fécales par la nouvelle voie.

Le malade passa la journée sur son canapé; un lavement d'eau de guimauve ayant été donné par l'anus artificiel et dirigé en haut vers le colon transverse, une forte évacuation eut lieu par l'anus artificiel après le dîner.

Le dixième jour, le malade est beaucoup mieux encore; il a passé une bonne nuit, et il a eu cependant quelques coliques; un lavement fut administré par l'anus artificiel, et trois petits lavemens froids furent injectés par l'anus normal. Il y avait eu trois grandes évacuations depuis la veille, une par

en haut, sans odeur et de nouvelle formation, et deux par en bas, évidemment anciennes et ayant une forte odeur.

Le 29 juillet, deux lavemens furent donnés par l'anus artificiel, en les dirigeant vers le colon transverse. Après le déjeuner, une forte évacuation eut lieu par le côté; le malade rendit beaucoup de matières jaunes, pultacées, sans odeur, comme celles d'un enfant; du sang, des glaires et du pus d'une odeur fétide, ont été évacués par en bas.

Les jours suivans, pour habituer l'anus artificiel au contact des corps étrangers, je plaçai d'abord, dans son intérieur, des suppositoires de beurre de cacao. Plusieurs de ces cônes gradués furent successivement placés pendant plusieurs jours.

Le 5 août, le malade descendit se promener au jardin; la plaie était toujours blafarde et l'anus artificiel s'était beaucoup rétréci; il existait dans l'angle antérieur de la plaie une petite ouverture fistuleuse; la pression en faisait sortir quelques gouttes de pus.

Le 6 août, le malade se trouvait très bien; il avait le visage plus animé et moins amaigri. L'anus artificiel était très resserré; le petit doigt avait beaucoup de peine à y pénétrer. Nous convînmes avec MM. Foville et Puyoo de dilater l'anus artificiel au moyen d'éponges préparées et de les introduire assez profondément pour barrer le passage aux matières fécales; les petits lavemens froids, donnés par l'anus inférieur, firent sortir un ichor sanguinolent, *une selle eut lieu tous les jours par cette voie.*

Le 7 août, on injecta deux lavemens miellés par l'anus artificiel. J'introduisis dans cette ouverture une petite éponge préparée à l'eau, de la grosseur du petit doigt; elle y demeura plusieurs heures, sans produire de douleur. En la retirant, on la trouva imprégnée de matières fécales.

Le 8, je plaçai une plus forte éponge, qui resta toute la nuit.

Les jours suivans, des canules élastiques furent substituées aux éponges préparées; j'en mis successivement de droites, de courbes et en olives. Voyant que les canules élastiques recourbées étaient trop courtes et que souvent elles se retournaient en sortant du bout supérieur pour entrer dans l'inférieur, je plaçai dans le bout supérieur une bougie de cire recourbée, un peu plus grosse que le petit doigt, moitié plus longue et garnie d'un ruban à son extrémité extérieure.

Le 12 août, je débridai la petite fistule qui se trouvait dans l'angle antérieur de la plaie, et l'anus artificiel se trouva agrandi en avant; une mèche de charpie fut placée dans l'anus et dans la petite plaie.

Le 16 août, la nuit avait été bonne; des matières moulées et un peu de sang avaient été rendus par en bas. Après avoir broyé avec mon doigt des matières arrêtées au-dessus de l'anus artificiel, le malade en faisant quelques efforts rendit un filon aplati rubané, gros comme le doigt. On donna deux lavemens laxatifs par l'anus artificiel.

Le 17, le malade rendit neuf selles par en haut; les matières se composant de boules dures bien moulées et de cylindres. M. T... dit qu'il n'y avait pas eu depuis longtemps de pareilles garderobes. Il avait bien dormi et ne se sentait pas affaibli; le matin même, pendant qu'il se promenait dans sa chambre, il se disait plus fort que la veille.

Une dernière consultation eut lieu le même jour. Après une discussion approfondie, le procès-verbal suivant fut rédigé et signé par les consultans.

«Nous soussignés, docteurs en médecine, déclarons qu'ayant

été appelés auprès de M. T..., le 16 mai 1839, nous reconnûmes l'existence d'une affection organique du rectum, située à plus de deux pouces du sphincter anal, et présentant vers sa moitié supérieure une espèce d'anneau ou de bourrelet dans lequel le doigt pénétrait facilement, sans atteindre toutefois sa limite. D'accord sur la nature et le siége de la maladie, nous décidâmes qu'on aurait recours à la dilatation et à la cautérisation, afin d'en diminuer l'étendue et les inconvéniens sous le rapport surtout de la défécation qui était très pénible et très fatigante pour le malade. Le 30 mai, le broiement du bourrelet formé par la partie inférieure de la tumeur fut proposé et exécuté par M. Amussat. Ce traitement, suivi jusqu'au 13 juillet, n'ayant amené que de très faibles résultats et le malade s'affaiblissant de jour en jour à la suite de débâcles que précédaient plusieurs jours de constipation, nous fûmes d'avis que l'établissement d'un anus artificiel à la région lombaire, d'après le procédé de Callisen, modifié par M. Amussat, pouvait seul prolonger la vie du malade. Cette opération fut pratiquée le lendemain 14 juillet. Depuis ce moment l'état général de M. T... s'est notablement amendé, la fièvre et l'affaissement ont disparu. Les forces se rétablissent d'une manière sensible. L'ouverture faite à l'intestin donne issue aux matières fécales; une partie passe encore par l'anus. Nous avons pu constater hier, 18 août, que l'affection organique du rectum, au lieu d'avoir repullulé, s'est plutôt heureusement modifiée; le doigt ne sent plus ces granulations et cette surface végétante qu'il rencontrait d'abord. Il est cependant à craindre que cette maladie ne reprenne sa marche et que le rétrécissement du rectum qu'elle a produit ne parvienne à être assez considérable pour oblitérer complètement l'intestin. Aussi conseillons-nous de conserver à l'anus artificiel toute son

étendue, en employant les moyens de dilatation que nous avons indiqués et mis en usage, afin d'avoir, au besoin, une large ouverture par laquelle toutes les matières fécales auraient une libre issue.

En résumé, nous pensons que l'état de M. T... est aussi satisfaisant que possible, et qu'il s'améliorera probablement encore par le séjour du malade à la campagne.

Paris, 17 août 1839.

Ont signé : MM. RÉCAMIER, BRESCHET, AMUSSAT, SEGUIN, PUYOO.

Le 19 août, en examinant l'anus artificiel, je reconnus que la muqueuse s'était retractée, surtout en arrière. Le doigt indicateur introduit dans l'ouverture faisait reconnaître en haut un resserrement circulaire de l'intestin, formant comme un sphincter interne. Je fis constater cet état à M. Puyoo et au malade lui-même, afin de leur apprendre à bien diriger les instrumens dilatateurs. Après avoir préparé la voie avec mon doigt indicateur, j'introduisis une forte bougie de cire recourbée.

Le 20, je reconnus de nouveau le resserrement de l'intestin et même deux anneaux au lieu d'un au-dessus de l'ouverture extérieure de l'anus artificiel; plus loin, je trouvai des matières fécales accumulées, et en explorant les parties voisines, je touchai distinctement le rein et la rate.

Le 21, trente-huit jours après l'opération, M. T... fit le voyage de Paris à Rouen sur un bateau à vapeur; il aurait préféré la diligence et je crois qu'il l'aurait très bien supportée. Du reste, il fit parfaitement le voyage. M. le docteur Cornac, que nous avons rencontré sur le bateau, a remarqué que

mon opéré montait et descendait sur le pont très librement et qu'il mangeait avec beaucoup d'appétit.

Le 21 août, au soir, je le remis entre les mains de M. le docteur Parchappe, qui devait continuer à lui donner des soins; il constata tout ce que j'ai déjà dit sur l'anus artificiel et sur l'état du rectum.

Pendant huit jours que le malade passa à Rouen, il n'y eut rien de nouveau; la dilatation fut continuée et les selles eurent lieu comme à Paris. Le 29, ayant revu le malade, je le trouvai absolument dans le même état.

Le 31, M. T... alla à la campagne à six lieues de Rouen, où il devait passer quelques jours; il supporta parfaitement le voyage, par un temps orageux, et mieux que plusieurs autres personnes en parfaite santé. Je quittai mon opéré dans l'état le plus satisfaisant pour sa position; ses forces étaient tellement accrues, que je me suis lassé plus vite que lui dans une longue promenade que nous fîmes ensemble.

Le 22 septembre, j'ai reçu des nouvelles de M. T..., par le médecin qui lui donne des soins. M. T... se promenait à pied, une heure tous les jours. Afin d'éviter de porter pendant la nuit un bandage de corps, nécessaire pour maintenir la bougie, il avait imaginé d'introduire dans l'anus artificiel le doigt indicateur de la main gauche; à son réveil, il remplaçait son doigt par une bougie en buis parfaitement polie. L'anus anormal fonctionnait mieux qu'il ne l'avait fait jusqu'à présent. Les selles avaient lieu sans lavemens; les matières fécales étaient généralement peu solides et assez mal élaborées. L'état des forces était toujours le même; souvent, le soir, la peau devenait brûlante et le pouls offrait de la fréquence.

RÉFLEXIONS.

Cette opération mérite, sous tous les rapports, de fixer l'attention des praticiens.

L'affection du rectum est de nature squirrheuse ou carcinomateuse ; il est bon de noter cependant que le malade n'a pas ressenti et ne ressent pas de douleurs locales, ni d'élancemens qui sont le caractère essentiel de cette affection.

Sous le rapport de la cause de la maladie, il est difficile de lui en assigner une. Cependant, les chagrins profonds qu'a éprouvés M. T..... me paraissent en être la cause la plus probable.

L'hérédité peut difficilement être accusée. On pourrait peut-être soupçonner la mère du malade d'être morte d'une affection cancéreuse du foie.

La constitution faible et éminemment bilieuse du malade le prédisposait à l'hypochondrie.

Les affections catarrhales des voies aériennes ont disparu dès que la maladie s'est fixée sur les entrailles, et celle-ci s'est terminée par une affection du rectum comme chez Talma et Broussais.

Le siége positif de la maladie a été longtemps méconnu ; mais aucun signe précis n'indiquait le point du gros intestin qui était occupé par la lésion organique ; il parait qu'il en est de certaines affections squirrheuses du rectum comme de celles de l'utérus ; elles donnent lieu à des symptômes si peu précis, qu'on ne les reconnaît bien souvent que lorsqu'elles sont déjà fort avancées. On peut en dire autant, du reste, de beaucoup d'autres maladies, même de la pierre.

Dès que la lésion du rectum a été reconnue et bien appréciée, on a cherché à la détruire.

L'écrasement ou le broiement du bourrelet saillant de la tumeur mérite quelque attention. Ce moyen a été mis en usage avec facilité et un complet succès; il n'y a eu aucune suite fâcheuse sous le rapport de l'inflammation et de l'hémorrhagie.

L'écrasement des parties qu'on ne peut atteindre facilement ou sans danger avec les instrumens tranchans est une ressource précieuse qui pourra trouver son application dans beaucoup de circonstances. J'ai surtout employé ce moyen, depuis les recherches que j'ai faites sur l'introduction de l'air dans les veines. Ayant eu à faire plusieurs opérations d'ablation du sein compliquées de ganglions dans l'aisselle, j'ai écrasé tous ceux que je ne croyais pas prudent d'extirper avec les instrumens tranchans.

Les cautérisations avec la potasse ont agi très efficacement. La portion touchée par le caustique a été largement excavée, et j'ai pu constater ici, comme sur beaucoup d'autres malades, que la potasse en cylindre agit avec beaucoup plus d'énergie que le nitrate d'argent et les caustiques liquides. Mais nous étions gagnés de vitesse par la maladie, parce qu'elle était très étendue en longueur, et qu'on ne pouvait cautériser librement que sur la moitié inférieure de l'obstruction.

Maintenant pour bien apprécier le service qui a été rendu au malade par l'établissement de l'anus artificiel, il est utile de se rappeler l'état dans lequel il se trouvait avant l'opération. En effet, si on se reporte à cette partie de l'observation, on voit que le malade était très affaibli, triste, qu'il ne sortait plus de sa chambre, et qu'enfin il était dans des conditions très défavorables.

Dans l'opération de M. T....., j'ai vaincu une grande difficulté à laquelle je ne m'attendais pas ; je veux dire que j'ai trouvé l'intestin colon, vide et contracté sur lui-même au lieu d'être dilaté. Ce fait prouve sans réplique qu'on peut atteindre le colon lombaire gauche, et l'ouvrir sans intéresser le péritoine, même lorsque l'intestin est complètement contracté et réduit à son plus petit diamètre. Il n'y a point alors de mésocolon, comme on le supposait, mais l'intestin est caché sous le carré lombaire. C'est donc plus en arrière qu'il faut aller le chercher.

L'opération n'a été difficile que parce que je n'avais pas fait d'injection par le rectum pour distendre le colon, comme je l'avais proposé.

Si j'avais à opérer un malade dans les mêmes conditions que celui qui fait le sujet de cette observation, je ferais une ou deux injections immédiatement avant l'opération, comme on le fait pour la taille postéro-pubienne par mon procédé, le malade étant sur le lit, appuyé sur ses genoux et sur ses mains ; et si, par quelque cause que ce soit, je ne trouvais pas facilement l'intestin, je ferais encore injecter à l'instant même, pour me guider, et j'aurais dû le faire sur ce malade, au moment où j'étais embarrassé ; M. Bouchacourt m'en fit judicieusement la remarque après l'opération.

En résumé, par le secours de l'injection, on facilitera l'opération, et l'on pourra plus sûrement éviter une faute qui pourrait être très grave, je veux dire, la blessure du péritoine et peut-être même celle des intestins grêles.

Il n'est pas inutile, je crois, de faire remarquer que la suture de l'intestin à la peau, faite avec mes aiguillles à acupuncture, est peu ou point douloureuse, tandis qu'elle l'est

beaucoup avec des aiguilles courbes ordinaires et même avec des aiguilles à coudre. Les aiguilles à acupuncture en platine, dont je me sers, sont très déliées et faciles à recourber pour favoriser l'opération ; il est fort utile, pour tous les chirurgiens, d'avoir des aiguilles et des épingles de cette espèce dans leur trousse.

La réunion immédiate ou par première intention de la plaie de la peau en avant et en arrière de l'anus artificiel a été obtenue à l'aide de trois points de suture entortillée; mais elle n'a servi qu'à soutenir le péritoine dans les efforts, pendant les premiers jours; car l'adhésion s'est déchirée peu de temps après l'enlèvement des aiguilles, et la cicatrice définitive s'est faite comme si on n'eût pas réuni primitivement. Quoi qu'il en soit, le but essentiel a été atteint, et je ferais encore de même en semblable occasion. Il est vrai de dire, cependant, que les sutures entrecoupées bridaient l'anus artificiel ; peut-être deux au lieu de trois auraient-elles suffi, afin de moins serrer l'ouverture artificielle.

Le resserrement de l'anus anormal nous a forcés d'avoir promptement recours à la dilatation ; nous avons mis successivement en usage des suppositoires, des éponges préparées, des canules élastiques cylindriques et en olive, droites et recourbées ; des bougies de cire courbes graduées, et c'est à ce dernier moyen que nous nous sommes arrêtés. La dilatation a été faite promptement et sans le moindre inconvénient. J'ai été parfaitement secondé par M. le docteur Puyoo, mon ancien élève et mon ami.

Depuis l'établissement de l'anus artificiel, les selles par l'*anus normal* sont devenues faciles et presque régulières. Ce changement semble au premier abord fort difficile à expliquer ; mais je crois qu'on peut s'en rendre raison en réfléchis-

sant que les lavemens qu'on introduit par l'anus artificiel favorisent singulièrement le passage des matières fécales par l'obstruction du rectum.

Dès que les selles ont été plus régulières, l'appétit est promptement revenu. Avant l'opération de l'anus artificiel, la constipation durait sept, huit et douze jours; alors arrivait une débâcle pénible, qui jetait le malade dans un grand abattement. Avant et après, l'appétit était nul ou presque nul, et, comme on le conçoit, les fonctions digestives étaient peu actives. Ces fonctions étant devenues plus régulières, bientôt le malade a repris des forces et il a pu se promener et descendre au jardin.

Sur M. T....., l'ouverture de l'anus artificiel se trouve justement placée au milieu de l'espace compris entre les apophyses épineuses des vertèbres et l'épine antérieure de l'os des îles, vis-à-vis de l'épine postérieure et supérieure de cet os.

L'ouverture de l'anus artificiel est arrondie et cutanée; la muqueuse est assez profondément située. Cette ouverture a une très grande tendance à se rétrécir; mais elle se laisse facilement dilater par des éponges préparées ou de grosses bougies de cire.

L'éperon, ou l'angle rentrant qui se trouve vis-à-vis de l'anus artificiel, est habituellement très peu marqué; mais il devient très évident quand le bout supérieur est dilaté.

Lorsqu'on place le doigt indicateur dans l'anus artificiel pour l'explorer, on trouve plus ou moins de facilité à l'introduire, suivant son état de dilatation. On a quelquefois de la peine à pénétrer dans le bout supérieur, parce que l'intestin est contracté et forme un ou deux anneaux comme le sphincter interne de l'anus normal, mais moins forts. Au-dessus, le doigt pénètre dans une cavité qui se dirige en travers, et on

reconnaît très distinctement en arrière le rein qu'on peut explorer dans une grande partie de son étendue, et en avant, la rate et l'estomac. En bas, on reconnaît la crête de l'os des îles et les parties voisines.

L'état stationnaire du squirrhe du rectum depuis l'opération de l'anus artificiel est un fait fort remarquable et qui mérite de fixer l'attention des observateurs. Ce fait a été constaté aussi par MM. Récamier, Breschet, Puyoo et Séguin, c'est-à-dire qu'ils ont reconnu que la maladie est stationnaire; qu'elle n'a point repullulé, du moins par en bas, et ce qui prouverait qu'il en est de même par en haut, c'est que le passage est plus libre même qu'avant l'opération de l'anus artificiel.

Que peut-on raisonnablement espérer dans l'état actuel du malade?

Sans doute, on ne peut pas croire que la maladie restera stationnaire; il est très probable, au contraire, que l'obstruction augmentera et que le passage sera complètement fermé; mais la nouvelle voie suppléra parfaitement alors à l'ancienne.

Tant que la maladie sera bornée à l'intestin, elle ne compromettra pas l'existence du malade qui pourra vivre autant que si l'affection attaquait un organe peu important; mais, si elle sort de ses limites, les conditions changeront.

Peut-on espérer l'atrophie ou l'élimination de la maladie, comme cela a déjà été observé sur un malade opéré par Martland? (*Voyez les Documens.*)

En supposant que l'anus artificiel devînt inutile par le rétablissement de la voie normale, ce qui n'est pas du tout probable, on conçoit qu'il serait plus facile de fermer la fistule stercorale, que dans tous les cas d'anus artificiels établis par

l'art ou par la nature, parce que, comme je l'ai déjà fait observer, l'éperon est peu marqué. Cette supposition trouvera, je l'espère, son application dans quelques cas plus favorables.

En réfléchissant sur la nature de l'affection qui a donné lieu à l'opération qui fait le sujet de cette observation, nous pensons qu'il ne sera pas sans utilité de dire quelques mots sur les maladies de cette espèce.

Le cancer du rectum est une maladie assez commune, et il faut avouer que la chirurgie, malgré les efforts tentés par quelques chirurgiens en tête desquels nous devons citer M. Lisfranc, est restée fort impuissante.

Nous pensons que toutes les fois qu'une affection squirrheuse du rectum n'est pas accessible et que la maladie fait des progrès, dès que le cours des matières fécales est gêné ou interrompu, après avoir bien pesé les chances, comme nous l'avons fait pour M. T..., on doit avoir recours à l'établissement de l'anus artificiel, si l'on veut prolonger les jours du malade. Nous pourrions même dire que lorsque la maladie est située plus bas, si on redoute l'extirpation, on doit aussi avoir recours à l'établissement de l'anus artificiel.

Faut-il attendre que le cours des matières soit gêné, altéré ou interrompu, pour proposer l'opération de l'anus artificiel? Il est fort difficile de répondre actuellement à cette question. Mais cependant, l'avantage bien démontré de l'établissement de l'anus artificiel dans la région lombaire doit encourager les praticiens à ne pas trop attendre pour pratiquer cette opération.

Lorsqu'on établira un anus artificiel pour une affection cancéreuse du rectum, on aura surtout en vue de détourner le cours des matières fécales. Pour atteindre promptement ce

but, on devrait peut-être attirer l'intestin plus fortement en dehors, afin de déterminer un éperon plus prononcé et de faciliter le passage des matières, par la nouvelle voie.

D'après ce qui précède, on conçoit que les cas les plus favorables à l'établissement de l'anus artificiel sont ceux qui reconnaissent pour cause une imperforation du rectum, ou un obstacle organique simple, sans complication du vice cancéreux ou autre.

Talma, par exemple, se trouvait dans les conditions les plus favorables pour l'établissement de l'anus artificiel; il n'avait qu'un simple rétrécissement de la partie supérieure de l'intestin rectum. Il est donc très probable que l'établissement d'un anus artificiel aurait pu le faire vivre longtemps, et peut-être autant que si on n'eût pas changé la voie, enfin, comme chez un enfant imperforé. Mais il faut aussi se rappeler que l'autopsie de Talma a révélé qu'il avait une maladie du cœur, qui sans doute devait abréger sa vie; mais ici c'est une complication tout à fait étrangère à la maladie principale, et par conséquent mes remarques subsistent.

Broussais n'était pas sans doute dans les mêmes conditions que Talma, quoique la maladie n'occupât que la moitié inférieure du rectum; elle avait commencé par une plaque squirrheuse vis-à-vis de la prostate. Mais dès qu'il a été reconnu que l'extirpation de la maladie n'était pas praticable, on aurait pu avoir recours à l'établissement d'un anus artificiel, et je suis convaincu qu'on aurait d'abord prolongé les jours du malade, et qu'en détournant les matières fécales, on aurait enrayé les progrès de la maladie. Rappelons-nous que l'ouverture a démontré que le rectum seul était malade.

Je pourrais citer plusieurs autres faits analogues; mais ceux-là suffisent pour étayer mon opinion, et beaucoup de

praticiens en ont de particuliers qui serviront aussi à appuyer mes propositions et à leur démontrer la nécessité de cette opération.

RÉFLEXIONS GÉNÉRALES SUR LES DEUX OPÉRATIONS.

Les deux faits qui précèdent peuvent être médités comparativement avec beaucoup d'avantages sous tous les rapports.

Remarquons d'abord que le premier a eu lieu sur une femme de quarante-huit ans et le second sur un homme de soixante-deux ans. Chez les deux malades, l'obstruction de la partie supérieure du rectum était fort ancienne et elle avait été méconnue pendant longtemps.

L'obstruction chez madame D..... me paraît venir des parois extérieures de l'intestin, ou mieux, des tumeurs des organes voisins. Chez M. T....., au contraire, elle vient évidemment de l'intérieur même du rectum.

Pour le premier fait, il y avait urgence de faire l'opération, parce que l'oblitération du rectum était complète, et que les accidens de la tympanite stercorale avaient mis la malade dans un danger imminent.

Pour le second, il n'y avait pas urgence, parce que l'occlusion n'était pas complète; mais le malade était épuisé par la rétention des matières, par la difficulté de les rendre, et par la fatigue des débâcles.

La première opération a été simple et facile, l'intestin étant fortement distendu par des gaz. La deuxième a été très difficile, l'intestin étant complètement vide et contracté.

Ces deux opérations représentent les deux extrêmes pour la facilité et la difficulté. Par conséquent, elles prouvent que l'o-

pération est possible, même dans tous les cas, et qu'en dilatant l'intestin, on peut éviter la difficulté que j'ai rencontrée.

Les suites des deux opérations ont été nulles ou presque nulles. Les plaies, j'ose le dire, ont marché comme des plaies simples, et comme si un intestin n'eût pas été ouvert. Ces deux faits bien médités prouvent, je crois, l'innocuité de l'opération par elle-même, lorsque le péritoine n'est pas ouvert.

Les complications seules auraient pu compromettre le succès de ces deux opérations. Dans le premier fait, une hernie qui s'est enflammée après l'opération m'a donné de grandes inquiétudes. Dans le second, la faiblesse et l'épuisement du malade m'avaient fait craindre un fâcheux résultat.

L'ouverture artificielle chez les deux malades se trouve au même point, c'est-à-dire en dehors de la région lombaire gauche, au-dessus du milieu de la crête de l'os des îles. Chez madame D....., il existe un renflement sphérique gros comme un œuf à moitié découvert, sur lequel on voit facilement l'anus artificiel. Chez M. T....., il existe plutôt un enfoncement dans lequel on découvre difficilement une ouverture oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans.

Chez madame D... l'anus artificiel est parfaitement établi; il est d'une dimension convenable. Le doigt indicateur y pénètre avec la plus grande facilité, la circonférence de l'ouverture est souple; elle ne présente aucune induration; la muqueuse tend plutôt à sortir qu'à rentrer, sans se renverser cependant; enfin, cet anus n'a exigé aucune espèce de dilatation.

Chez M. T..., c'est plutôt une fistule qu'un anus bien établi: la muqueuse est rentrée, l'ouverture est cutanée et elle tend incessamment à se retrécir; mais elle se laisse facilement dilater.

A quoi tient cette différence, puisque les deux ouvertures ont été établies par le même procédé ?

Chez madame D..., il est utile de se rappeler que l'intestin était fort distendu et que les matières ont continuellement passé par la nouvelle voie. Chez M. T....., l'intestin était contracté, et les matières ont passé difficilement par l'ouverture artificielle. Il est très probable que l'anus artificiel aurait été beaucoup mieux établi si l'intestin eût été préalablement dilaté par l'injection.

La défécation se fait parfaitement chez madame D..., on peut dire, presque aussi bien que par un anus normal. Chez M. T... la défécation se fait moins bien, parce que l'anus artificiel ne se prête pas aussi facilement à cette fonction et que le rectum n'est pas complètement obstrué.

On dit et l'on répète que l'anus artificiel est une infirmité dégoûtante et insupportable. Je le croyais moi-même avant d'avoir observé les deux faits que je viens de rapporter. Sans doute, on a confondu toutes les espèces d'anus artificiels, et il importe cependant de les séparer ; car il est bien évident que l'anus artificiel accidentel qui est causé par une hernie ou par une blessure a lieu le plus souvent sur les intestins grêles et par conséquent les résultats de la défécation, doivent être fort différens de ceux qu'on observe lorsque l'anus artificiel est établi sur le gros intestin. C'est effectivement ce qu'on trouve en méditant les faits des deux espèces.

Sur mes deux malades, un simple appareil ou pansement contentif suffit pour retenir les matières et ils ont renoncé jusqu'à présent à tous les appareils si incommodes que l'on a vu porter à ceux qui avaient un anus artificiel établi sur l'intestin grêle.

J'espère que les chirurgiens, après avoir médité ces deux faits, s'empresseront de vérifier sur le cadavre tout ce que j'avance ici, afin de bien juger cette importante opération et de se mettre en mesure de pouvoir la pratiquer consciencieusement au besoin; il suffit de faire quelques essais pour se convaincre que cette opération est facile, parce qu'elle est basée sur des données positives d'anatomie chirurgicale.

Déjà beaucoup de jeunes chirurgiens ont essayé ce procédé, et tous ceux qui ont pris la peine de répéter l'opération m'ont dit avoir réussi en suivant la marche que j'ai tracée. Cette assurance me donne déjà une bien vive satisfaction; car pour qu'une opération soit vraiment utile, il ne faut pas qu'elle exige une trop grande aptitude, comme on est tenté de le croire pour celle-ci au premier abord.

Ainsi, des essais sur le cadavre à l'application sur le vivant, il n'y a plus qu'un pas; j'espère que tous les opérateurs bien préparés n'hésiteront pas à la pratiquer, et bientôt, je pense, il y aura un bon nombre de ces opérations; car il n'est pas de praticien qui n'ait rencontré plusieurs fois l'occasion de la faire, et par conséquent de prolonger la vie de malades voués à une mort certaine.

Pour résumer les faits principaux, contenus dans ce mémoire, nous croyons pouvoir établir les conclusions suivantes:

1° L'idée d'ouvrir le colon lombaire gauche n'est pas nouvelle, sans doute; mais des essais infructueux tentés par Callisen et Duret, sur des cadavres d'enfans, avaient fait rejeter cette belle conception chirurgicale.

2° L'anatomie chirurgicale démontre qu'en général on avait mal jugé des rapports de l'intestin avec le péritoine, même chez les enfans.

3° Les essais sur le cadavre prouvent que l'opération est

possible, simple et facile, puisqu'elle est basée sur des données positives d'anatomie chirurgicale.

4° L'incision transversale que j'ai adoptée favorise singulièrement l'opération sous tous les rapports et permet surtout d'établir l'anus artificiel, latéralement et non pas en arrière. Elle donne le triple avantage : de favoriser la recherche de l'intestin; de permettre d'établir l'anus plus en avant et d'éviter les épanchemens dans l'abdomen.

5° Les indications de l'établissement de l'anus artificiel sont assez fréquentes et souvent aussi positives que celles de l'opération de la hernie étranglée.

6° Les deux opérations que j'ai pratiquées prouvent mieux que tout ce que je pourrais dire en faveur de ce procédé.

7° L'infirmité qui résulte de cette opération est beaucoup moins incommode qu'on ne le pense généralement, comme on peut s'en convaincre par les deux observations contenues dans ce mémoire.

8° Enfin, les praticiens doivent se préparer à être en mesure de pratiquer cette importante opération, qui doit prochainement, je l'espère, prendre rang dans la science comme celle de la hernie.

DEUXIÈME PARTIE.

DOCUMENS.

La difficulté que j'ai éprouvée pour me procurer les ouvrages qui contiennent des documens relatifs à l'objet de ce mémoire, m'a fait penser qu'il serait fort utile pour les praticiens de trouver réuni tout ce qui se rattache à l'importante question de l'établissement de l'anus artificiel dans la région abdominale. Je reproduis ici tous les documens, simplement classés dans l'ordre chronologique.

1710. — LITTRE.

PREMIÈRE INDICATION DE SA MÉTHODE.

Dans l'histoire de l'Académie des sciences pour l'année 1710, page 36, on trouve le passage suivant :

« Dans le cadavre d'un enfant mort à six jours, M. Littre a vu le rectum divisé en deux parties, qui ne tenaient l'une à l'autre que par quelques petits filets, longs environ d'un pouce; ces deux parties séparées s'étaient fermées chacune de son côté par le bout où s'était faite la séparation, de sorte que les deux clôtures se regardaient; apparemment le rectum n'ayant pas pris dans ce fœtus autant d'accroissement à proportion que les parties auxquelles il était attaché, avait été étendu et tiré avec violence, et enfin entièrement déchiré, à l'exception de quelques fibres plus fortes, qui étaient demeurées entières, quoique fort allongées; ce déchirement s'était fait dans le temps où le canal était encore vide; et rien par conséquent n'avait empêché que les extrémités des deux parties séparées ne s'affaissassent et ne se collassent ensemble, ce qui avait fait les deux clôtures. Ensuite la partie supérieure de l'intestin s'était remplie de méconium, mais non pas en assez grande quantité pour être obligée de se rouvrir. Quant à la partie inférieure, elle avait toujours dû être, et était en effet entièrement vide. Il est aisé de concevoir quels accidens s'en suivaient de

cette conformation accidentelle, et combien la mort de l'enfant dut être prompte, puisque ses excrémens ne pouvaient sortir, et que tout ce qu'on lui faisait prendre pour le déboucher augmentait nécessairement le mal. M. Littre, qui a voulu rendre son observation utile, a imaginé et proposé une opération chirurgique fort délicate pour les cas où l'on aurait reconnu une semblable conformation. Il faudrait faire une incision au ventre, et recoudre ensemble les deux parties d'intestin après les avoir rouvertes, ou du moins faire venir la partie supérieure de l'intestin à la plaie du ventre, que l'on ne refermerait jamais, et qui ferait la fonction d'anus. Sur cette légère idée, d'habiles chirurgiens pourront imaginer d'eux-mêmes le détail que nous supprimons. Il suffit souvent de savoir en gros qu'une chose serait possible, et de n'en pas désespérer à la première vue. »

1776. — PILLORE de Rouen.

Pillore paraît être le premier qui ait osé appliquer les idées de Littre. Martin le jeune, dans un rapport qu'il fit à la Société de Médecine de Lyon, 1798, après avoir raconté le fait de Duret, dit, page 189, du recueil des actes de cette Société :

« Pillore, chirurgien de Rouen, émule et contemporain de Lecat, la fit aussi avec succès; mais son incision pratiquée à la région iliaque droite s'adressait au cul-de-sac du cœcum. »

Fine dit en note dans son mémoire sur l'entérotomie :

« J'ai inutilement demandé et fait demander à M. Pillore le père, très avancé en âge, et depuis sa mort à M. son fils, chirurgien à Rouen, des renseignemens sur le temps où cette opération a été faite, sur le cas qui l'a nécessitée, sur la manière dont elle a été exécutée ainsi que sur les suites qu'elle a eues. Je n'ai pu savoir autre chose, sinon que cette observation devait se trouver dans les papiers du défunt. Il est fâcheux que la médecine opératoire soit privée des détails d'une opération qui présente un grand intérêt et sur laquelle M. Martin n'a eu qu'une connaissance verbale. »

D'autres chirurgiens (Dupuytren, M. Velpeau) avaient aussi demandé inutilement des renseignemens à la famille de Pillore; moi-même dans un voyage que je fis dernièrement à Rouen, j'ai vu le fils et le petit-fils de Pillore qui sont aussi

chirurgiens dans cette ville. Ils n'ont pu me donner aucun renseignement sur ce fait intéressant; cependant, au moment d'imprimer mon mémoire, j'ai de nouveau insisté auprès de la famille à laquelle j'ai envoyé les documens de Martin et de Fine; elle a enfin trouvé l'observation précieuse qu'elle m'a donnée et que je reproduis ici :

Opération d'anus artificiel, par la méthode de LITTRE, sur un homme adulte qui a survécu vingt-huit jours.

« Le sieur Morel, marchand de vin, et maître de poste du Vert-Galant, route du pays de Brai, fut attaqué dans le courant de l'année 1776 de la difficulté d'aller à la garderobe; il ressentit d'abord quelques légères douleurs dans le fondement; elles devinrent un peu plus considérables sans être insupportables; mais la difficulté de cette déjection augmenta à tel point, qu'il en eut des inquiétudes qui le déterminèrent à venir à Rouen pour consulter et faire les remèdes nécessaires. Il s'adressa à M. Delaroche, médecin habile, qui lui conseilla les laxatifs ou purgatifs doux, qui, en liquéfiant les excrémens, en favorisèrent et en entretinrent l'issue pendant quelque temps. Mais, la difficulté augmentant toujours, il fut d'avis de lui faire avaler du mercure ou vif-argent en assez forte dose, afin que par sa masse il pût entraîner avec lui l'obstacle qui s'opposait à leur déjection. Le malade en effet en avala deux livres; on l'attendait tous les jours, mais il ne parut pas; la déjection alors était totalement supprimée, le ventre grossissait de jour en jour sans être douloureux et sans aucune inflammation. Dans cet état de cause je fus consulté (il y avait déjà un mois que le malade avait pris le mercure sans en avoir aucune révélation); je visitai d'abord l'intestin rectum, pensant bien que c'était de ce côté-là que devait être l'obstacle qui s'opposait à l'issue des excrémens, croyant même qu'il pouvait être formé par les excrémens eux-mêmes durcis et rassemblés dans cet intestin, comme je l'ai vu plusieurs fois arriver. Mais au milieu de cette espèce de bouchon, je trouvai la partie supérieure de l'intestin dure et squirrheuse formant un très gros bourrelet qui l'obstruait totalement; j'essayai des sondes et des canules de toute espèce et de tout calibre. Je continuai ces essais pendant plusieurs jours, mais inutilement. Dans cet état, c'est-à-dire le malade n'ayant rien rendu par cette voie, depuis plus d'un mois, et le ventre grossissant toujours malgré la diète austère qu'il observait, je lui proposai de

lui faire un anus artificiel. Il fut de mon avis et rapporta à cet effet l'exemple d'un homme de son voisinage qui, depuis plusieurs années, en avait un que la nature lui avait fait à la suite de l'étranglement d'une hernie inguinale. J'avais comme lui connaissance de ce fait, ainsi que de celui d'une femme en pareil cas et par la même cause; j'observerai ici en passant, et par forme de digression, que j'eus occasion sur l'un et l'autre de ces sujets de faire des expériences relatives à l'effet des purgatifs appliqués sur le velouté même des intestins; je les employai en poudre, en dissolution, et en infusion. On observera que l'intestin qui formait l'anus était renversé; il formait un appendice comme une espèce de boudin long d'environ un pouce, et était continuellement dans un état d'allongement et de raccourcissement pareil à celui d'un ver; mouvemens que j'ai vus augmenter sensiblement toutes les fois que j'appliquais des purgatifs, et qui étaient d'autant plus vifs que les purgatifs étaient plus forts; le velouté de ces intestins se recouvrait en même temps d'un mucilage plus ou moins abondant, et les deux sujets éprouvaient des sensations ou espèces de coliques analogues à ces mêmes effets.

» Nous terminerons là cette intéressante digression pour en revenir à notre sujet. Je me déterminai donc à faire l'opération; mais comme le cas était fort délicat, je fis prier cinq ou six de mes confrères de venir voir le malade pour en conférer avec eux; aucun ne fut de mon avis; mais le malade, homme de bon sens, présent à notre conférence, les pria de lui indiquer un autre moyen qui pût le sauver. Ils lui répondirent tous qu'ils n'en connaissaient aucun. « Eh bien! leur répondit-il, il faut bien avoir recours à l'opération, puisqu'elle seule peut me sauver, vous en convenez, et qu'il est de fait que ma maladie est mortelle. »

» Encouragé par des raisons aussi fortes, je fis l'opération en présence de messieurs mes confrères, et de six élèves pensionnaires que j'avais alors. J'avais choisi le cœcum comme celui des intestins qui était le plus propre à remplir mes vues tant par sa situation que parce qu'il nous fournissait un réservoir, et nous évitions par là l'écoulement continuel et involontaire des excrémens; une plaque garnie d'une éponge en forme de pelote, soutenue par une ceinture élastique, devait faire l'office de sphincter que le malade eût ouvert à volonté toutes les fois qu'il en aurait senti le besoin, et, au moyen d'un petit clystère, de temps en temps il aurait détergé ce réservoir. Nous avions conféré ensemble le malade et moi, et nous étions convenus de toutes ces choses avant l'opération. Je la fis donc. Je commençai par une incision transversale des tégumens un peu au-dessus du pli de l'aine; je la continuai obliquement de bas en haut; à la faveur du tissu cellulaire en sous-œuvre, j'arrivai à l'aponévrose du

muscle grand oblique du bas-ventre; je l'incisai un peu au-dessus du ligament de Fallope dans la même proportion pour avoir au moins un bon pouce de canal depuis le réservoir jusqu'à l'ouverture des tégumens; je fis aux muscles et au péritoine une ouverture transversale à peu près de la même étendue; le fonds du cœcum, facile à reconnaître par son appendice, se présenta, je n'eus pas la peine de le chercher; je l'amenai sans effort le plus en avant possible; là, soutenu par un aide et par moi, je l'ouvris transversalement et l'assujettis aux deux lèvres de la plaie par le moyen d'un point de suture que je fis à l'une et à l'autre avec deux aiguilles enfilées du même fil; je les passai de dedans en dehors et je coupai le fil par le milieu pour obtenir deux anses que je noual tant supérieurement qu'inférieurement sur deux compresses pour empêcher le froncement des lèvres. Les matières sortirent abondamment; pour tout appareil j'appliquai de la charpie brute et des serviettes; je ne comprimai pas afin que l'issue des matières ne fût point interrompue; en effet elles coulèrent avec abondance pendant plusieurs jours; le ventre diminua considérablement de volume; mais comme le vif-argent nous donnait de l'inquiétude, et comme nous n'en avions vu paraître aucune parcelle, nous fîmes prendre au malade toutes les positions possibles pour procurer une pente aisée au mercure; cependant, nous n'en eûmes aucune révélation; depuis l'opération il s'était déjà écoulé quatorze ou quinze jours pendant lesquels la plaie avait suppuré, l'intestin s'était agglutiné avec les lèvres; j'avais retiré les fils qui l'avaient assujetti; tout en apparence était dans le meilleur état possible, lorsque le malade ressentit quelques douleurs vagues dans les différentes régions de l'abdomen; nous les attribuâmes d'abord à de l'air renfermé dans le canal intestinal; mais le malade inquiet disait toujours qu'elles dépendaient du mercure, et en conséquence continuait à prendre les positions propres à le faire sortir. Nous étions au vingtième jour lorsque le ventre qui était fort aplati se tuméfia et devint très douloureux. Nous appliquâmes des fomentations émollientes, et à la faveur de notre anus artificiel nous fîmes des injections dans l'intestin colon; deux saignées furent pratiquées; mais malgré tout, les symptômes allèrent en augmentant, et le malade mourut le vingt-huitième jour après son opération. J'en fis l'ouverture en présence des mêmes chirurgiens, tant confrères qu'élèves, et je trouvai ce qui suit :

» L'intestin cœcum, le commencement du colon jusqu'à la fin de son arc étaient sains et en bon état; l'intestin cœcum était agglutiné avec les lèvres de la plaie, excepté dans un de ses angles où s'était formée une fusée de suppuration dans le tissu cellulaire voisin, fusée qui n'avait au-

cune communication au dedans ; l'intestin colon ouvert dans toute son étendue ne contenait que des glaires écumeuses ; le bourrelet squirrheux qui formait la maladie première avait huit ou neuf pouces d'étendue, et occupait la fin du colon et le commencement du rectum ; dans toute cette étendue le canal intestinal était totalement obstrué ; le tissu cellulaire environnant était dur et squirrheux ; du côté du rectum était une ouverture de quinze lignes de diamètre dont les bords calleux annonçaient une espèce d'ulcère chancreux qui fournissait des matières purulentes et fétides. Le tissu cellulaire du péritoine dans le voisinage des reins et des attaches du mésentère était suppuré sans collection de matières purulentes ; sa portion membraneuse était enflammée et adhérente avec les replis des intestins qui l'avoisinent. Le vif-argent que le malade avait pris fut trouvé dans une des dernières circonvolutions de l'intestin jejunum qu'il avait entraîné par sa masse dans l'hypogastre derrière la vessie ; il avait fait faire poche à la portion du calibre intestinal qui le contenait. Cette portion de l'intestin était enflammée et l'inflammation s'étendait au loin. Cette portion était parsemée d'espace en espace de taches gangréneuses ; enfin le mercure s'y trouva en totalité, et n'avait rien perdu de son poids.

» Nous croyons qu'on peut conclure de cette observation que si le succès n'a point répondu à notre attente, l'on doit s'en prendre au mercure ou vif-argent ; car il est très présumable que lorsque les intestins qui, à cause de leur grande dilatation, avaient perdu une partie de leur action, se furent vidés de matières stercorales, le mouvement péristaltique ne put être assez puissant pour chasser le mercure ; alors survint un mouvement inverse ou rétrograde qui fut annoncé par les nausées et les coliques que le malade éprouva vers le vingtième jour de sa maladie ; ajoutons le tiraillement produit sur le mésentère et sur les intestins par cette masse qui pesait deux livres, on ne sera pas surpris de l'inflammation gangreneuse qui a produit la mort du malade. »

1783. — Antoine DUBOIS.

Allan raconte brièvement le fait suivant dans un rapport qu'il fit sur un mémoire de Dumas, page 125, tome 3 du *Recueil Périodique de la Société de Médecine de Paris* :

« Antoine Dubois a fait, en 1783, l'essai du procédé de Littre, sur un enfant né depuis trois jours sans apparence d'anus. Cet enfant est mort dix jours après l'opération. A l'ouverture du petit cadavre, on trouva les bords de l'intestin consolidés à la circonférence de la plaie de l'abdomen. »

1793. — DURET.

Dans le *Récueil Périodique de la Société de Médecine de Paris,* tome 4, page 45, on trouve le fait si célèbre de ce chirurgien :

Opération d'anus artificiel, pratiquée avec succès par le procédé de Littre sur un enfant nouveau-né qui avait une imperforation de l'anus.

« Le vendredi, 18 octobre 1793, Marie Poulaouen, sage-femme à Brêles, commune de Plourain, ayant accouché l'épouse de Michel Ledrevès, laboureur, s'aperçut que l'enfant qu'elle venait de recevoir n'avait point d'anus, et que ses parties sexuelles étaient mal conformées; jugeant que dans cet état de choses le nouveau-né ne pouvait vivre longtemps, elle conseilla aux parens de le porter à Brest, pour y recevoir les secours de la chirurgie. Le samedi, à dix heures du matin, le père vint chez moi; j'examinai l'enfant; les parties de la génération étaient disposées de manière que le scrotum rentrait à l'endroit du raphé, et présentait deux parties égales, dont chacune contenait un testicule; au premier aspect on eût cru voir une fille; au périnée était le gland percé d'un méat urinaire, laissant sortir librement l'urine; l'endroit de l'anus n'offrait aucun indice de l'existence du rectum; la peau avait sa couleur naturelle et sa consistance; aucune tumeur n'avait lieu dans les efforts que l'enfant faisait pour aller à la selle; d'après cet examen je crus que cet enfant méritait l'attention des gens les plus instruits dans l'art de guérir; je convoquai à cet effet une assemblée de médecins et de chirurgiens employés dans les différens hôpitaux de la ville; la consultation se fit à l'hôpital de la Marine; les consultans furent d'avis d'ouvrir la peau à l'endroit où le rectum devait se rendre pour chercher cet intestin; l'opération n'eut pas de succès; je reconnus avec une sonde introduite dans le bassin que le dernier des gros intestins manquait absolument; alors (il était quatre heures de l'après-midi) l'enfant parut sans ressource : les vomissemens, la grosseur extraordinaire de son ventre, et le froid des extrémités inférieures, étaient autant de signes certains d'une mort prochaine; cependant, contre mon attente, le dimanche au matin l'enfant vivait encore; cela me décida à faire une seconde consultation, dans laquelle je proposai, comme une dernière ressource, pour prolonger la vie de cet être, la gastrotomie, et l'établissement d'un anus artificiel; pour donner plus de confiance en

ce moyen extraordinaire, je l'exécutai sur le cadavre d'un enfant d'environ quinze jours, que je pris à l'hôpital des pauvres de cette ville; je pratiquai une incision entre la dernière des fausses côtes, du côté gauche, et la crête de l'os des îles; la plaie pouvait avoir deux pouces d'étendue; elle découvrait la gibbosité du rein, et une petite région de la partie gauche du colon; cette dernière fut ouverte; ensuite on injecta de l'eau par l'anus; une partie du fluide sortit de l'ouverture du colon, et une autre partie s'épancha dans le ventre; il fut reconnu par l'ouverture de l'abdomen que, dans le fœtus, les parties latérales du colon ne sont pas hors du péritoine comme dans l'adulte, qu'elles ont un mésocolon, qui les rend libres et flottantes : cette circonstance fit rejeter l'opération dans cet endroit, dans la crainte qu'elle n'eût donné lieu à un épanchement du méconium dans le ventre. L'assemblée, d'après cet essai, ayant prolongé la discussion aussi loin que pouvaient l'exiger l'intérêt de l'humanité et l'honneur de la chirurgie, arrêta : 1° Que sans ce moyen extraordinaire, la perte de l'enfant était inévitable; 2° Que l'axiôme de Celse « il vaut mieux employer un remède douteux que d'abandonner le malade à une mort certaine, » trouvait ici son application; 3° Que les réflexions d'Hévin sur la gastrotomie n'étaient point contraires à cette opération, toutes les fois que la cause et le siège du mal étaient, comme ici, reconnus. J'ouvris le ventre du petit malade au-dessus de la région iliaque, dans l'endroit où l'S du colon formait une tumeur, à la vérité peu apparente, et où le méconium semblait imprimer une couleur plus foncée à la peau; je donnai à cette ouverture à peu près un pouce et demi d'étendue; elle servit à introduire mon doigt index dans l'abdomen, avec lequel j'attirai au dehors l'S du colon; et dans la crainte qu'il ne rentrât par la suite dans le ventre, je passai dans le mésocolon deux fils cirés; ensuite j'incisai l'intestin en long; l'air et le méconium sortirent en abondance par cette ouverture; quand il s'en fut écoulé une certaine quantité, j'appliquai l'appareil; il fut simple; une compresse percée, de la charpie et un bandage de corps le composèrent; dans la nuit du dimanche au lundi, l'enfant reposa parfaitement bien; ses vomissemens cessèrent, sa chaleur revint, et il téta plusieurs fois avec avidité; le lendemain de l'opération, les personnes qui avaient assisté la veille furent satisfaites du changement avantageux qu'elles aperçurent; les linges qui entouraient l'enfant étaient remplis de méconium, et sa voix, que jusqu'alors l'on n'avait pu distinguer, se fit entendre.

» Le troisième jour, les choses allant toujours de mieux en mieux, on engagea les parens de l'enfant à l'apporter deux fois par jour à l'hôpital de la Marine. Le citoyen Massac, chef d'administration, ayant le détail

de cet hospice, et le citoyen Coulon, commissaire-médecin, firent fournir les objets nécessaires aux pansemens de Ledrevès.

» Le quatrième jour, les excrémens sortirent jaunâtres, mais en petite quantité ; j'ordonnai un lavement avec de l'eau simple, et je fis prendre deux gros de sirop de chicorée, composé de rhubarbe: il produisit un bon effet en faisant aller le malade plusieurs fois à la selle.

» Le cinquième jour, les fils qui soutenaient l'intestin parurent inutiles; on les retira, car leur présence entretenait la malpropreté et la rougeur aux environs de l'anus artificiel.

» Le sixième jour, l'intestin, large d'environ un pouce, paraissait livrer passage aux tuniques internes; ce qui donnait à la plaie l'aspect d'un œuf de poule; on a essayé d'introduire une canule de plomb dans la fistule, tant pour s'opposer à une hernie consécutive, que pour entretenir une libre sortie aux excrémens; mais les cris de l'enfant ont fait différer l'emploi de ce moyen; l'instrument a reçu d'ailleurs toute la perfection des citoyens Moriers fils, habiles couteliers de cette ville.

» Le septième jour l'enfant était si bien, tant à l'endroit de l'opération que dans l'exercice de ses fonctions, qu'on l'a jugé n'avoir plus besoin que de propreté et d'une surveillance exacte de la part des personnes de l'art. DURET. »

1794. — DESAULT.

Dans le journal de ce chirurgien, tome 4, page 248, on a inséré l'observation suivante, qui a été publiée par Leveillé, élève de Desault, chirurgien au grand hospice d'Humanité :

Opération d'anus artificiel, par le procédé de LITTRE, sur un enfant imperforé qui n'a vécu que quatre jours.

« Dans les premiers jours de germinal (an 11), on apporta à Desault un enfant mâle, né depuis quarante-huit heures, et qui n'avait point d'anus. Il était même impossible de distinguer précisément l'endroit où venait se terminer l'intestin rectum. Cependant rien ne fut épargné pour éviter une opération toujours dangereuse, et dont le succès est rarement assuré. Avant d'en venir à cette extrémité, Desault observa, avec la plus scrupuleuse attention, les mouvemens de la respiration, et surtout l'instant où l'enfant poussait quelques cris : jamais il ne put voir ni distinguer le point fixe où devait se terminer l'intestin rectum qui ne faisait aucune saillie au dehors, dans les momens où il devait être refoulé en bas par

l'action du diaphragme et celle de tous les autres muscles du bas ventre, sur les viscères contenus dans cette cavité. Il existait au contraire de chaque côté du raphé une dépression sensible, et les tubérosités sciatiques étaient beaucoup plus rapprochées que dans l'état naturel.

» Pour conserver les jours de cet enfant déjà languissant, il ne restait plus d'autre ressource que de lui pratiquer un anus contre nature, en ouvrant l'extrémité inférieure de la portion iliaque gauche du colon au-dessus du ligament de Fallope, entre l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles et la symphyse du pubis.

» L'opération fut donc pratiquée de la manière suivante : l'enfant fut couché sur le dos, et fixé par des aides. Desault fit ensuite aux tégumens seulement une incision longue d'environ trois travers de doigt. Sa direction était oblique, de haut en bas et de dehors en dedans. Elle commençait au niveau et à deux travers de doigt du côté interne de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles et se terminait au-dessous de l'épine inférieure, dont elle était plus écartée. Cette première incision faite, on continua jusque dans la cavité abdominale, en coupant peu à peu le tissu cellulaire et les aponévroses, en se servant d'une sonde cannelée pointue. Bientôt Desault pénétra dans l'intérieur du bas-ventre. Le colon s'offrit alors distendu en partie par l'air, en partie par le méconium, auquel on donna issue en ouvrant cet intestin selon sa longueur, et dans la direction de la plaie faite aux parois du bas-ventre.

» Le pansement consista dans l'introduction d'une mèche de charpie longue dans l'intérieur de l'intestin. Le but de ce procédé était non seulement de rapprocher les parois de cet intestin contre la plaie extérieure pour qu'il y contractât des adhérences ; mais encore de ménager une ouverture par où les matières fécales auraient pris leur cours dans la suite.

» Les succès qui ont couronné les tentatives de quelques praticiens dans des cas semblables à celui dont nous parlons n'ont pas été les mêmes dans cette opération à laquelle le malade n'a survécu que quatre jours.

» L'ouverture du cadavre fut faite en public; on y apporta toutes les précautions convenables : Desault fit aux parois du bas-ventre un lambeau triangulaire dont le sommet commençait au-dessus de l'anneau ombilical, et dont la base s'étendait depuis l'épine antérieure de l'os des hanches, d'un côté, jusqu'à celle du côté opposé. Ce lambeau renversé sur le pubis laissa voir les vaisseaux ombilicaux qui n'étaient pas encore oblitérés. On a ensuite détruit tout le tissu cellulaire qui unissait le colon aux parties environnantes.

» Cet intestin a été lié au-dessous de l'endroit où se terminait l'incision qu'on y avait faite quatre jours auparavant, ayant, avant tout, rempli d'air tout cette portion inférieure. La vessie a de même été dilatée par l'air qu'on y a maintenu en faisant une ligature à la verge. Ces deux viscères se correspondaient comme dans l'état naturel; du moins on n'a aperçu aucun changement sensible.

» Après avoir fait une incision transversale à la vessie, un enduit peu épais et ressemblant à du méconium épanché s'est présenté dans le bas-fond de ce viscère. Là se trouvait, entre l'orifice des deux uretères, un repli peu considérable, dans le centre duquel on a découvert une très petite ouverture qui communiquait avec le rectum et dont le diamètre était si petit, qu'à peine a-t-on pu y porter un stylet de grosseur médiocre. D'après une dissection aussi exacte, il n'a pas été possible de voir d'autres ouvertures du rectum. Il adhérait aux parties voisines par des prolongemens d'un tissu cellulaire serré et comme ligamenteux.

» Desault conservait dans son *musæum chirurgicum* cette pièce curieuse, modelée par le citoyen Bertrand, artiste habile, connu par l'exactitude et la ressemblance parfaite avec laquelle il a imité en cire les effets physiques de plusieurs maladies.

» Les imperforations de l'anus ne doivent pas être regardées comme des maladies très rares, quoiqu'elles ne doivent pas être mises au nombre de celles qui passent pour très communes. Il est peu d'auteurs qui n'en aient parlé, et presque tous les célèbres praticiens en ont observé.

» Quelques-uns ont vu le rectum ou le colon communiquer dans la vessie. On en lit un exemple dans les nouvelles littéraires d'Allemagne, (année 1703). Roonhuis dit avoir été appelé pour un enfant nouveau-né qui n'avait pas d'anus, et qui rendait le méconium par la verge. Morand fait mention d'un enfant qui vécut douze jours, et qui rendait le méconium par la verge. A l'ouverture du cadavre, le rectum qui s'ouvrait dans le col de la vessie était dilaté trois fois au-delà de sa capacité naturelle. D'autres enfin nous ont transmis des observations qui prouvent aussi que l'intestin peut communiquer dans le vagin. Daubenton, célèbre naturaliste d'aujourd'hui, dit avoir vu un enfant monstrueux, qui manquait d'anus, et dans lequel le rectum communiquait par une extrémité fort étroite dans un vagin commun à deux matrices. De Jussieu fait mention, dans l'histoire de l'Académie des Sciences (année 1719) d'une petite fille, âgée de sept à huit ans, qui rendait les excrémens par la vulve. On lit le récit d'un fait semblable dans les commentaires de Wan Swieten.

» Dans ces cas difficiles, fera-t-on une incision à l'endroit où doit se

trouver l'intestin rectum? qui peut être assuré du succès? quelquefois l'intestin rectum n'existe pas; c'est ce que rapporte Ruisch. D'autres fois il est divisé en deux parties affaissées et collées, de manière que les excrémens contenus dans le bout supérieur ne peuvent communiquer dans l'inférieur et faire saillie à l'anus; c'est encore ce que nous apprend Littre dans une observation anatomique, consignée dans les Mémoires de l'Académie des Sciences, année 1710, page 36.

» Si le rectum n'est formé que par une membrane peu épaisse, si le méconium amassé forme une tumeur au dehors, il faut faire une ouverture assez ample. Cette opération est presque toujours heureuse. Zacutus Lusitanus, Morgagni, Roonhuis, Desault et beaucoup d'autres l'ont pratiquée avec succès. J. L. Petit n'a pas été aussi heureux. Ce célèbre praticien a fait plusieurs opérations de ce genre, et quoique parvenu jusqu'au rectum, quoiqu'il eût donné issue au méconium, ses malades n'ont pas survécu.

» Il arrive quelquefois que, malgré toutes ces tentatives, on ne parvient pas dans le rectum : c'est ce qui est arrivé à Holtzachus, à H. V. Sadea, à Kaltschmied, comme il le rapporte dans un petit ouvrage intitulé : *De raro casu, ubi intestinum rectum in vesica urinaria insertum sit. Edit. Ienae*, 1756; enfin à Pierre Adriani.

» Pour obvier à tous ces inconvéniens fâcheux, Littre a entrevu la possibilité d'ouvrir l'intestin dans la capacité abdominale. Il imagina et proposa cette opération délicate pour le cas où on reconnaîtrait une conformation semblable à celle que nous venons de rapporter. Sans donner aucun détail, ce célèbre médecin s'est contenté de dire qu'il serait possible de faire venir la partie supérieure de l'intestin vers la plaie du ventre que l'on ne fermerait pas, et qui ferait les fonctions d'anus.

» Dans le cas qui s'est présenté au grand hospice d'Humanité, et que nous rapportons ici, il est hors de doute qu'on ne devait pas hésiter à pratiquer l'opération proposée par Littre. Desault s'y détermina sans peine, après avoir examiné avec soin l'état des parties au dehors, et s'être convaincu, par l'expérience des autres, qu'il aurait peine à parvenir jusqu'au rectum, en incisant au-devant du coccix et entre les tubérosités de l'ischion, dans l'intervalle desquelles on n'observait aucune trace de la présence de l'extrémité de l'intestin.»

1797. — DUMAS.

Dans le *Recueil périodique de la Société de Médecine de Paris*, tome 3, page 46, on trouve le mémoire suivant, que je reproduis en entier :

« Observations et réflexions sur une imperforation de l'anus, par C.-L. Dumas, professeur de l'École de Santé de Montpellier, lues à la Société, le 22 messidor an v.

» La nature se livre quelquefois à des aberrations si étranges qu'on serait tenté de la croire inconstante ou aveugle, si les preuves de son uniformité et de son intelligence ne se manifestaient suffisamment dans ses productions ordinaires. Une de ces erreurs les plus graves est, sans contredit, le vice de conformation dont je vais vous entretenir.

» Aristote, Hildanus, Holtrachius, Mercurialis, Sennert, Ruisch, Hosthes, Bonnet, Morgagni et plusieurs autres, ont multiplié les exemples de ces écarts, sans indiquer aucun moyen pour les corriger ou pour les adoucir. Ils se sont contentés de nous faire apercevoir les ressources infinies que la nature trouve en elle-même contre les vices d'une organisation défectueuse; mais ils ont gardé le silence sur les moyens que l'art peut opposer à de semblables accidens. Les procédés opératoires que l'on a employés dans la vue de les détruire ne peuvent point avoir toujours l'avantage que l'on se propose en les appliquant. Étudions ceux de la nature; et voyons si, en tâchant de les copier et de les suivre, nous gagnerons, par une imitation heureuse, ce qu'on ne saurait obtenir par un attachement aveugle à des méthodes anciennes et insuffisantes.

» Le 16 juillet 1790, la femme Maurin mit au monde un enfant qui annonçait la meilleure santé. Son embonpoint, la fermeté de ses membres et le volume de son corps auraient fait croire, au moment de sa naissance, qu'il était âgé de plusieurs mois; vingt-quatre heures se passèrent sans qu'il pût rendre le méconium; mais, au bout de ce temps, l'enfant devint inquiet; il commença à redoubler ses cris; son bas-ventre se tuméfia, sa peau rougit sensiblement, surtout dans la région de l'abdomen; sa respiration parut difficile; son état faisant craindre pour sa vie, on me pria de l'examiner. Les cris aigus et plaintifs, la rougeur de la face, le travail de la respiration, les mouvemens des muscles abdominaux, le bruit sourd que je produisais en frappant légèrement le bas-ventre, les indices d'une irritation intestinale, tout m'annonça un désordre dans

quelque partie des intestins, et je m'attachai à en rechercher la cause. Examinant l'enfant, je trouvai l'anus absolument clos, et à l'endroit de son ouverture naturelle, j'aperçus un pli qui formait sur la peau une trace semblable à celle d'une cicatrice. Cette trace offrait des rides de chaque côté, et la ligne du milieu faisait sentir plus de résistance et de dureté. Je fis appeler Estor, chirurgien, pour qu'il m'aidât de ses conseils et de son ministère; nous tentâmes de faire une ouverture avec la lancette en dirigeant sa pointe le long de cette ligne qui répondait à la partie moyenne de la suture; car nous présumions que cette imperforation de l'anus était produite ou par la peau, ou par une membrane particulière, étendue sur l'orifice inférieur de l'intestin. Notre première tentative n'ayant pas réussi, je portai le bout du doigt dans la plaie, et je le poussai aussi loin qu'il me fut possible, pour chercher l'extrémité de l'intestin rectum; ce fut inutilement. Je ne pus rien découvrir; mon doigt se sentit toujours arrêté par la résistance que lui opposaient les tubérosités des os ischion. Une sonde successivement introduite par le chirurgien et par moi éprouva la même difficulté à franchir le même obstacle; alors nous nous déterminâmes à donner un coup de troicart dans la direction de l'intestin. Nous portâmes donc l'instrument de manière que la pointe fût un peu dirigée vers le sacrum, en l'écartant de la vessie, pour rencontrer la partie antérieure du rectum. Cette tentative fut infructueuse comme les précédentes. Nous engageâmes enfin dans l'incision un bistouri recourbé, en forme de cathéter, et après l'avoir introduit suivant la même direction que nous avions donnée au troicart, nous vîmes qu'il ne pouvait atteindre le rectum, et que dès lors nous ne pouvions pas nous permettre de diviser cet intestin. Dans le cours de la journée, l'enfant avait rendu un peu de méconium par le canal de l'urètre. Voyant la perte de l'enfant décidée, je proposai à Estor de pratiquer un anus artificiel vers l'extrémité gauche du colon. Il approuva mon idée, mais il n'eut pas le courage de l'exécuter, parce que les parens semblaient y répugner : il craignait de compromettre sa réputation par les suites d'une opération aussi importante, dont le succès semblait fort incertain. L'enfant mourut le troisième jour de sa naissance; nous procédâmes à l'ouverture du cadavre. Après avoir fait une incision dans la région iliaque gauche, nous mîmes à découvert la partie inférieure du colon qui se présenta la première, et qui, par conséquent, était contiguë à la lame interne du péritoine. Cet intestin était boursouflé par l'air, et plein de matières liquides et gazeuses. Il occupait un espace considérable et faisait saillie vers les muscles abdominaux; il eût été dès lors bien facile d'établir un anus artificiel, qui aurait au moins pro-

longé la vie du sujet, en même temps qu'il eût fourni à la science une observation intéressante et rare. Le bas-ventre entièrement ouvert, nous vîmes que le rectum, ou son origine, était resserré, et ne formait qu'un corps dur et peu flexible. Sa direction, au lieu d'être perpendiculaire, se trouvant oblique, par cette inclinaison, il venait joindre la partie latérale gauche du col de la vessie. Ce corps dur était néanmoins légèrement creux, de manière à pouvoir y faire pénétrer un petit stylet; il se portait ensuite vers l'origine du canal de l'urètre, avec lequel il communiquait; aussi avons-nous observé que l'enfant rendit la veille de sa mort un peu de méconium par la verge. L'intestin se rétrécissait de plus en plus, jusqu'à ce qu'il se terminât en cul-de-sac, après s'être collé par une double adhérence à la crête des os pubis, en sorte que l'origine du canal de l'urètre et la crête des os pubis présentaient deux points d'insertion qui, fixant l'extrémité inférieure de l'intestin rectum, empêchaient qu'il s'ouvrît extérieurement.

» L'ouverture de ce cadavre et les observations qu'elle fournit doivent ranger cette imperforation de l'anus parmi les faits nombreux dans lesquels on a trouvé l'intestin rectum ou coupé, ou fermé, ou rétréci et obstrué, ou altéré et confondu avec les parties environnantes. Tels sont tous les exemples de rectum rétrécis et terminés par une espèce de canal dénaturé. Hottinger a vu cet intestin formé par un conduit étroit, semé de rides, dont le diamètre, à peine sensible, semblait plutôt un petit appendice du colon. Tout le monde convient que, dans une imperforation dépendante d'une cause semblable, on n'a rien à espérer de l'opération ordinaire : il serait inutile de la tenter; vainement chercherait-on par son secours à rétablir l'ouverture extérieure qui manque; elle ne saurait obvier à l'étroitesse de l'intestin; et tout procédé qui n'ouvre point un autre passage aux matières est inadmissible dans ce cas.

» Si nous examinons ce que fait la nature pour remédier à ces conformations vicieuses, nous verrons qu'elle s'ouvre ailleurs des voies dans l'intention de suppléer à celles qui lui manquent : elle dirige sur d'autres organes excrétoires ces matières excrémentitielles qui doivent sortir par ceux qu'elle n'a pas. Mercurialis a vu une jeune fille née sans anus, qui rendait ses excrémens par le vagin. Hartmann cite une observation semblable, faite sur une fille âgée de six mois, qui, manquant d'anus, n'avait pour rendre les matières fécales qu'une ouverture ménagée aux lèvres de la vulve; le rectum était caché sous le vagin; l'enfant jouissait d'ailleurs d'une bonne santé. Van Swieten dit avoir connu une fille qui était parvenue à l'âge de puberté, et qui n'avait cessé de rendre ses excrémens par cette voie. On lit dans Morgagni qu'il a entendu raconter

par Isaac Castarinus, qu'une femme était parvenue jusqu'à sa centième année, sans que l'intestin rectum eût jamais eu d'ouverture extérieure, parce que la vulve faisait chez elle l'office de cet organe. Bonnet rapporte trois observations, d'après lesquelles il conte que l'intestin rectum pénètre quelquefois dans la vessie, et que les matières fécales peuvent passer par les urines. A cette occasion, Morgagni parle d'une fille qui ne rendait rien par l'anus, tandis que ses excrémens sortaient tous dans un état de dissolution avec les urines. Wrisberg, professeur de Gottingue, a rapporté et fait graver un exemple remarquable de ce cas; l'enfant dont il parle vécut pendant huit jours; il rendit le méconium mêlé à ses urines, et l'on trouva que le rectum s'ouvrait dans la vessie, près l'insertion des uretères. On lit dans les mémoires de l'Académie de Paris, 1755, l'observation d'un enfant né sans anus, chez lequel le méconium sortit par l'urètre, parce que l'intestin s'ouvrait dans le cou de la vessie. Parmi les pièces curieuses du cabinet d'histoire naturelle de Paris, Daubenton place les parties naturelles d'un enfant monstrueux qui manquait d'anus, et dont le rectum se terminait par une extrémité fort étroite dans un vagin commun à deux matrices. De Jussieu dit qu'il a connu une fille âgée de sept à huit ans, chez laquelle la vulve servait à la sortie des excrémens. De semblables faits accumulés dans les écrits de tous les observateurs prouvent que la nature a la faculté de substituer un organe différent à l'intestin rectum, lorsqu'elle en est dépourvue, et que les matières excrémentitielles peuvent prendre d'elles-mêmes une autre direction. Mais si la nature ne suffit pas à elle-même, et si elle n'ouvre pas aux excrémens la route dont ils ont besoin, il faut que l'art vienne à son secours, et qu'il imite ses procédés: or, on ne peut l'imiter qu'en faisant, par des moyens artificiels, l'ouverture qu'elle produit souvent elle-même par ses propres efforts. C'est donc avec raison que je proposai l'établissement d'un anus artificiel pour suppléer celui que la nature avait omis d'ouvrir. Ne serait-il pas quelquefois plus sûr de pratiquer cette opération, que de se borner à inciser les parties qui ferment l'intestin rectum? Une telle incision ne peut être d'aucune utilité lorsque l'intestin manque absolument, comme dans mon observation et dans celle de Bonnet. Elle ne sera pas d'un grand avantage lorsqu'il n'existe aucune trace d'intestin, comme dans une autre observation de Bonnet, et dans une de Ruisch, qui vit deux enfans chez lesquels l'intestin rectum manquait en totalité. Il arrive quelquefois que la partie inférieure de l'intestin rectum existe, tandis que l'autre partie est remplacée par un second intestin qui, au lieu d'aller à l'anus, s'incline vers l'os sacrum pour se terminer par un appendice dur et complètement bouché, ainsi que l'a vu Pierre

Vagnier. C'est sans doute dans des cas analogues que la nature se fait elle-même des ouvertures artificielles sur les parois de l'abdomen, pour remplacer le véritable anus. Méri a consigné dans les mémoires de l'Académie des sciences, an 1700, l'histoire d'un enfant monstrueux qui n'avait point d'anus, mais dont le colon se terminait à l'ombilic et y formait un anus artificiel. Puisque la nature nous enseigne à suppléer l'ouverture extérieure du rectum par une ouverture d'un autre genre, ne devrions-nous pas suivre plus souvent la leçon qu'elle nous donne; ne pourrait-on pas, en négligeant l'opération usitée dans les cas ordinaires d'imperforation, en essayer une qui obtiendrait peut-être plus de succès dans un grand nombre de circonstances? Elle consisterait à faire une incision sur l'endroit du bas-ventre qui répond à l'extrémité inférieure du colon, et le plus près possible de son insertion au rectum; à ouvrir cet intestin; à fixer l'ouverture au moyen d'un fil, et à l'assujettir, comme on le pratique dans l'opération de la hernie, lorsque l'intestin gangrené ouvre une voie contre nature aux excrémens. L'incision devrait être faite de manière qu'elle suivît la direction des fibres musculaires, afin d'éviter l'effet de la force contractive qui tend à les rétablir dans leur premier état, et qui s'opposerait dès lors à ce qu'on pût maintenir ouvertes les parties incisées.

» Les cas où un anus artificiel offrirait une ressource heureuse sont plus communs qu'on ne pense. Une telle opération ne serait-elle pas un bienfait dans cette maladie presque toujours incurable, qui consiste dans un rétrécisssement du rectum à quelques pouces au-dessus du sphincter de l'anus, lequel ne laisse de passage qu'aux excrémens liquides? Ruisch, Bonnet, Morgagni en ont cité beaucoup d'exemples: Sherhwin en a donné une observation dans les mémoires de la Société de Londres; Broussonet père, professeur de l'ancienne université de Montpellier, a eu une occasion de l'observer deux fois, et il est parvenu à la guérir par l'usage non interrompu des lavemens et des boissons d'eau froide. Lorsque le mal a fait des progrès, l'abdomen se tuméfie, les tégumens rougissent, le malade souffre de violentes douleurs dans les intestins; les excrémens retenus ajoutent à l'irritation produite par l'état spasmodique du rectum; il survient des vomissemens; le malade périt au milieu de la passion iliaque. Les auteurs regardent cette maladie comme incurable; ils se bornent à proposer des moyens palliatifs. Je ne doute pas que l'établissement d'un anus artifiel ne réussît mieux à prévenir les suites fâcheuses de cette affection, et à suspendre au moins la mort du malade, devenue nécessaire sans ce secours. »

1797. — ALLAN.

Dans le *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, tome 3, page 123, on a publié le premier rapport qui fut fait sur le mémoire précédent :

« Rapport sur les observations et réflexions de DUMAS, relatives aux imperforations de l'anus, par ALLAN.

» Le travail dont nous avons à rendre compte présente un cas d'imperforation de l'anus qui semble dévouer à une mort précipitée l'enfant qui vient de naître, quoique bien constitué d'ailleurs. Si en effet on consulte les livres de l'art; si on réfléchit à tous les procédés que l'on a tentés jusqu'à présent pour corriger l'espèce d'imperforation qu'a observée notre collègue Dumas, afin d'ouvrir la voie que la nature a coutume de suivre pour l'excrétion des matières stercorales, il est démontré qu'aucun de ces procédés n'a eu de succès.

» Il est à regretter que le citoyen Estor, qui opérait sous les yeux de Dumas, n'ait point eu le courage de pratiquer un anus contre nature, comme ce dernier venait de le concevoir et de le proposer. Mais il faut le dire, l'enfant était fatigué par des incisions de toutes espèces que l'on avait faites inutilement pour ouvrir l'extrémité de l'intestin rectum; l'opération était grave et sans exemple connu à cette époque : si le succès n'eût pas répondu à l'attente, le vulgaire ignorant, qui ne juge que sur les apparences, n'aurait pas manqué de verser le blâme sur celui qui ne l'aurait pourtant fait que dans l'espoir de sauver un malade désespéré.

» Les réflexions de Dumas, accompagnées de recherches intéressantes, pour prouver l'inutilité des incisions pratiquées jusqu'à présent dans la vue d'atteindre le rectum par l'endroit où il a coutume d'aboutir, sont on ne peut plus judicieuses : elles démontrent évidemment que dans les circonstances pareilles à celle où il s'est trouvé, il n'y a d'autre ressource que d'établir un anus artificiel à l'intestin colon. C'est ce qui lui fait dire, en citant l'observation de Méry : Puisque la nature nous enseigne à suppléer l'ouverture extérieure du rectum par une ouverture d'un autre genre, ne devrions-nous pas suivre plus souvent les leçons qu'elle nous donne? ne pourrait-on pas, en négligeant l'opération usitée dans les cas ordinaires d'imperforation, en essayer une qui obtiendrait peut-être plus de succès dans ce grand nombre de circonstances? De là il propose d'inciser la portion inférieure du colon, de la fixer par un fil à la plaie extérieure des tégumens, etc.

» Cette idée d'inciser la partie inférieure du colon n'est point nouvelle. Littre a proposé cette opération en 1720, dans son observation anatomique insérée dans les Mémoires de l'Académie des Sciences; et à cette occasion nous faisons ici une remarque : qu'aucun de ceux qui ont écrit depuis Littre sur l'imperforation de l'anus n'a fait mention du projet d'opération que propose cet illustre anatomiste. J. L. Petit, son contemporain, qui a fait un Mémoire *ex professo* sur cette matière, n'en parle aucunement. Selon lui, selon Heister, Morgagni et autres, toutes les fois qu'on ne peut parvenir, soit avec le troicar, soit avec le bistouri, ou autrement, jusqu'au rectum pour l'ouvrir, l'enfant est condamné à périr. Lafaye, qui a fait des remarques si importantes sur les opérations de Dionis, ne s'en est pas même occupé. Il n'y avait donc alors que Littre seul capable de concevoir un projet d'opération aussi hardie; lui seul sentait qu'il était possible de la tenter avec quelque espoir de succès. Il a publié son idée, le temps devait la mûrir.

» Nous avons cru jusqu'à présent que Desault était le premier qui ait osé mettre en pratique ce que Littre n'avait fait que proposer; mais des renseignemens nous apprennent que notre collègue Antoine Dubois en a fait l'essai au mois de décembre 1783, sur un enfant né depuis trois jours, sans apparence d'anus : cet enfant est mort dix jours après l'opération. A l'ouverture du petit cadavre, on trouva les bords de l'intestin consolidés à la circonférence de la plaie de l'abdomen. Dubois conserve cette pièce anatomique dans l'esprit-de-vin. On ne peut refuser aux deux praticiens que nous venons de citer, d'avoir les premiers ouvert la carrière. Desault fit cette opération au commencement de germinal an 2 (avril 1794), sur un enfant né depuis quarante-huit heures. A l'examen de cet enfant, Desault reconnut que ce serait en vain qu'il tenterait des incisions à l'endroit où l'anus devait exister; il pratiqua l'incision conseillée par Littre; l'enfant mourut quatre jours après; mais l'examen anatomique justifia pleinement la conduite de Desault. Notre collègue Léveillé, qui a rapporté ce fait dans le quatrième volume du *Journal de Chirurgie* page 248, entre dans les plus grands détails à ce sujet. Le procédé de Desault y est décrit avec tant de précision, que nous nous croyons obligé de le transcrire ici tel qu'il est. (Voyez l'observation de DESAULT par LÉVEILLÉ, p. 91.

» Notre collègue Sabatier, qui, dans sa Médecine opératoire, a rassemblé les découvertes les plus nouvelles et les plus intéressantes, en parlant du projet d'opération proposé par Littre, nous apprend que le citoyen Duret, l'un des premiers chirurgiens de la marine à Brest, a fait cette même opération avec un succès complet. Cette observation, qui n'est point consignée ailleurs que dans l'ouvrage que nous citons, mérite

trop d'être connue pour ne point en parler ici. (Voyez l'observation de DURET, page 89.)

» Après cette observation, Sabatier ajoute que Callisen, chirurgien distingué à Copenhague, a proposé d'aller chercher la partie descendante du colon dans son trajet le long de la région lombaire gauche, où il suppose qu'elle est en quelque sorte au dehors de la cavité du péritoine. L'incision, selon Callisen, devrait être faite entre les fausses côtes et la crête de l'os des îles, parallèlement au bord antérieur du muscle carré des lombes, que l'anus contre-nature qui en résulterait serait moins défavorable, parce que le sujet pourrait se garnir plus aisément, et que son infirmité serait plus éloignée des organes de la génération.

» Notre collègue ajoute que Callisen a essayé cette opération sur un enfant mort avec le rectum imperforé, sans apparence d'anus, et que, comme il n'avait pas bien pris ses dimensions, il ouvrit le péritoine et pénétra dans le ventre; qu'il fit une nouvelle incision plus en arrière, et parvint au colon comme il se l'était proposé; que Callisen ne dissimule point que ses doigts, qu'il avait introduits dans la première incision, lui furent très utiles.

» Tout en louant le projet, à cause de son but, Sabatier pense que les difficultés que présente son exécution ne sont point compensées par le faible avantage qui pourrait en résulter; il ne croit point que la position du colon dans les enfans du premier âge soit telle que le suppose Callisen: il pense au contraire que cet intestin est retenu par un lien membraneux et lâche, de la même nature que le mésocolon, ce qui le rend en quelque sorte flottant dans le ventre : d'où il conclut qu'il vaudrait mieux s'en tenir à l'opération de Littre, qui, plus facile à pratiquer, a eu entre les mains de Duret un succès dont il n'est pas possible de douter.

» *Quoi qu'il en soit, nous pensons que le procédé de Callisen mérite d'être médité, et que si on parvient à le rendre sûr et facile, les suites en seront infiniment moins désagréables et moins incommodes pour ceux qu'il aura rendus à la vie.* »

1798. — MARTIN (1).

Dans le recueil des actes de la Société de Santé de Lyon,

(1) « Le citoyen Dumas avait communiqué une observation sur une imperforation de l'anus aux Sociétés de médecine de Paris et de Lyon, à peu près à la même époque; la Société de Paris a fait imprimer l'observation dans le n° 13 de son Recueil, et l'on trouve dans le n° suivant un rapport sur cette observa-

page 180, on trouve le rapport suivant qui a été fait aussi sur le mémoire de Dumas.

« Rapport sur une imperforation de l'anus, communiqué à la Société de médecine de Lyon, par le citoyen MARTIN le jeune.

» Un enfant naît avec un anus oblitéré à une hauteur telle qu'il est impossible de rétablir cette ouverture dans sa place naturelle en tentant des incisions dans le lieu qu'occupe ordinairement l'anus; le méconium coule avec les urines en petite quantité, preuve certaine que l'intestin communique avec les voies urinaires; les tubérosités ischiatiques, singulièrement rapprochées, annoncent un défaut de conformation qui s'étend aux os les bassin.

» Estor, chirurgien, fait plusieurs tentatives inutiles, l'enfant meurt: Dumas, considérant l'impossibilité de rétablir l'ouverture naturelle, propose de pratiquer un anus artificiel en faisant une incision au colon à travers les tégumens du bas-ventre.

» Nous commencerons à rendre à l'observateur le juste tribut d'éloges qu'*on doit* à son travail; l'érudition vaste et sûre, qui fait le caractère principal de toutes ses productions, se retrouve dans celle-ci de la manière la plus brillante; ses réflexions sont judicieuses, sages, conformes aux préceptes de l'art chirurgical, et déduites des connaissances anatomiques les plus exactes, et quoique le procédé curatoire qu'il indique ne soit pas nouveau à tous égards, nous sommes entièrement persuadé qu'il l'a réellement conçu par lui-même, amené à cela par les voies de l'analogie qu'il indique, et par le sentiment profond d'amour de l'humanité qui dirige tour à tour ses études sur toutes les parties de l'art chirurgical.

» Persuadé que le devoir des rapporteurs ne se bornait pas à une simple analyse du fait observé et des réflexions présentées par l'auteur, nous avons fait porter notre examen :

» 1° Sur le fait et ses variétés.

» 2° Sur les opérations pratiquées inutilement par le chirurgien Estor.

» 3° Sur celles qu'on aurait pu faire peut-être avec plus de fruit en suivant pour arriver à l'intestin la route indiquée naturellement par l'issue du méconium.

tion par Allan. La Société de Lyon s'était pareillement fait faire un rapport sur cet objet par Martin le jeune. Comme ce rapport présente quelques résultats que l'on ne trouve que dans celui d'Allan, nous le donnons ici en renvoyant, pour la lecture de l'observation originale, au n° 13 du Recueil de la Société de médecine de Paris. » (NOTE DE L'ÉDITEUR.) »

» 4° Sur l'opération proposée par le citoyen Dumas, sur ceux qui l'ont proposée avant lui, sur ceux qui l'ont exécutée.

» 5° Enfin sur le parallèle des lieux où cette opération peut être pratiquée avec le plus d'avantage, soit dans l'imperforation de l'anus, soit dans le resserrement squirrheux du rectum.

» Si nous ne nous sommes pas toujours trouvés d'accord avec l'observateur en tous points, on doit considérer nos opinions sous le rapport personnel de ceux qui les émettent, et les méditer sérieusement avant de les approprier à la société; d'abord parce que cette matière est peu connue; ensuite parce que la sagacité et les vastes connaissances de l'observateur doivent exciter davantage une sorte de prévention en faveur de son travail.

» Voici le résultat de notre examen :

» L'imperforation de l'anus n'est pas un de ces accidens rares, sur lesquels l'art ne s'est pas suffisamment exercé faute d'observation; les exemples, ainsi que l'a remarqué le citoyen Dumas, en sont très multipliés; mais cet accident se présente sous des nuances différentes qui n'ont pas été classées, et de ce défaut d'ordre naît probablement l'incertitude des moyens curatifs, conseillés ou employés jusqu'ici.

» Nous pensons donc qu'il est nécessaire de réduire à trois espèces principales les imperforations d'anus.

» La première et la plus simple consiste dans la clôture de l'anus par une membrane plus ou moins épaisse, semblable en quelque sorte à l'hymen qui bouche la vulve dans quelque cas; cette membrane est parfois percée d'un trou qui laisse transsuder le méconium.

» La deuxième est celle dans laquelle toute chose semblant être dans l'état normal, l'intestin rectum se trouve fermé à une certaine hauteur, soit par une production membraneuse, soit par l'agglutination de ses parois; on en cite un exemple dans les mémoires de l'académie de chirurgie, tome 2; cette conformation vicieuse que l'absence des évacuations méconiales, et les symptômes dépendant de leur rétention, font soupçonner, se reconnait par l'introduction du petit doigt, si l'obstacle est à sa portée, et dans le cas contraire par l'introduction de la sonde. Nous proposerions encore, pour acquérir quelques lumières lorsque le diagnostic de la sonde est incertain, quelques petits lavemens dont la matière regorgerait immédiatement.

» La troisième espèce qu'on peut regarder comme la plus dangereuse consiste dans l'oblitération parfaite de l'extrémité inférieure du canal alimentaire, soit que l'agglutination des parois de l'intestin existe jusqu'à une certaine hauteur, soit que cet intestin retréci et dévié de sa position

naturelle aille s'ouvrir, tantôt au bas fond de la vessie, tantôt dans le canal de l'urètre, et souvent chez les sujets du sexe féminin, dans quelques points de l'étendue du vagin.

» Une cicatrice solide tenant lieu de l'ouverture de l'anus traversée par la continuation de la ligne raphée ordinairement rentrante, et souvent ridée, indique cette espèce qui est presque toujours accompagnée d'un défaut de conformation dans le bassin, et d'un rapprochement singulier des tubérosités ischiatiques.

» Nous ne placerons point dans ce rapport les signes caractéristiques de chacune de ces espèces, l'histoire de leur nuance et des moyens divers par lesquels l'art redresse ces écarts, et répare les erreurs de la nature.

» Le cas de l'observation de Dumas est de la troisième espèce ; nous pensons, comme lui, que toutes les manœuvres ou opérations tendant à établir le canal dans le lieu ordinaire, pratiquées sur la cicatrice qui tient lieu d'anus, doivent être rejetées parce que toutes les tentatives faites jusqu'ici ont été infructueuses et mortelles, si on en excepte le cas unique cité par Saviard, et l'on sait qu'un exemple isolé de succès ne peut faire règle.

» Avant que d'examiner les ressources que l'on peut tirer de l'opération proposée par le citoyen Dumas, et longtemps avant lui par Littre et Desault, nous allons hasarder une vue qui nous parait neuve et qui nous a été fournie par la nature de l'observation que nous analysons.

» Le citoyen Dumas dit que l'enfant rendait le méconium avec les urines, preuve que l'appendice intestinal s'ouvrait dans la vessie, ou dans les parties adjacentes.

» On trouve dans les auteurs quelques exemples de faits pareils.

» Roonhuis (nouvelle littérature d'Allemagne) rapporte avoir connu un enfant qui, n'ayant pas d'anus, rendait le méconium par l'urètre ; la même circonstance se rencontre dans le sujet cité dans le journal de Desault. Morand fait mention d'un enfant qui était dans le même cas, et qui vécut douze jours ; l'ouverture du cadavre fit voir le rectum s'ouvrant au col de la vessie, et dilaté trois fois au delà de sa capacité naturelle.

» Les éphémérides d'Allemagne parlent aussi d'un enfant semblable ; Bonnet cite trois cas analogues. Morgagni parle d'une fille qui ne rendait rien par l'anus, et dont les excrémens sortaient par l'urètre avec les urines.

» On trouve des faits semblables dans les ouvrages de VVrisberg, professeur à Gottingue, et dans les mémoires de l'académie de Paris.

» La marche la plus ordinaire de la nature dans les oblitérations de

l'anus est donc de transporter sur les voies urinaires l'ouverture du rectum, qui doit livrer passage aux matières alvines, et comme le canal de l'urètre n'a ni la capacité suffisante, ni l'organisation nécessaire pour exercer cette cumulation de fonctions, la mort du sujet devient communément la suite de la continuation de cet état, et de l'inertie de l'homme de l'art.

» Il nous semble que dans ces cas la nature elle-même indique à l'instrument secourable la route qu'il doit tenir, et nous conseillerions de pratiquer une incision au perinée, laquelle pénétrerait dans la vessie en comprenant son col, et une très petite partie du canal de l'urètre. Cette incision qu'on tiendrait dilatée au moyen d'une canule aurait d'abord l'avantage de procurer une évacuation libre et suffisante aux matières alvines et urinaires mêlées; ensuite, en facilitant les recherches sur ce point d'intestin de l'appendice intestinal, elle pourrait donner lieu à des opérations subséquentes, et méthodiquement faites pour la restitution du canal ordinaire.

» Ce que nous venons de dire pour les enfans du sexe masculin s'applique également aux enfans de l'autre sexe; seulement on aurait à opérer sur le vagin; des faits observés par Jussieu, Van Swieten, Daubenton, prouvent que très souvent le rectum s'ouvre dans le vagin. C'est sur ce canal que devraient porter les recherches de l'opérateur, et le point fistuleux par lequel le méconium s'échappe, et le point saillant ou fluctuant qui attesterait sa rétention deviendrait aussi le point de départ de l'incision qu'on devrait pratiquer.

» Cette idée, que nous hasardons en passant, est susceptible d'être étendue et développée.

» Les différentes tentatives faites par le chirurgien Estor, dans le cas de l'observation qui nous occupe, étaient non seulement inutiles, mais encore elles compromettaient la vie du malade; car, lors même que par cas fortuit il eût rencontré l'intestin, les infiltrations du méconium, l'inflammation, la suppuration, la gangrène des parties environnantes de l'anus, n'auraient-elles pas été les suites de ce tâtonnement, de ce fourvoiement d'instrumens aigus et tranchans dans ces parties délicates?.. et n'y aurait-il pas eu cent à parier contre un que l'enfant y périrait?..

» Ces réflexions, qui n'échappèrent point à Dumas, lui suggérèrent l'idée d'un anus artificiel établi aux parois du bas-ventre, idée bien naturelle sans doute, et qu'on peut même appeler heureuse, mais dont nous revendiquerons l'invention en faveur de Littre. Ce médecin l'avait conseillé dans les imperforations de la troisième espèce, et Duret, chirurgien célèbre de Brest, l'exécuta avec succès.

» Il fit d'abord une incision de trois travers de doigt dans la région iliaque gauche, et ayant découvert l'S romaine du colon, gonflée par l'air et le méconium, il l'incisa dans la même longueur, et la fixa de la même manière que dans le cas de hernie avec gangrène, et tint ensuite l'ouverture dilatée à un degré convenable par le moyen d'une tente de charpie.

» Desault pratiqua la même opération, mais sans succès.

» Pillore, chirurgien de Rouen, émule et contemporain de Lecat, la fit aussi avec succès; mais son incision, pratiquée à la région iliaque droite, s'adressait au cul-de-sac du cœcum.

» Callisen, chirurgien célèbre de Copenhague, qui vint après Littre, voulant enchérir sur toutes ces méthodes, proposait d'attaquer la portion lombaire gauche du colon dans l'endroit où cet intestin, lié au mésocolon, présente un petit espace hors de la cavité du péritoine.

» Nous rejetterions également le procédé de Callisen et de Pillore, si un cas pareil se présentait.

» Les avantages désignés par un membre de cette société en faveur de l'ouverture du cœcum sont 1° la plus grande fixité du cœcum; mais nous observerons :

» 1° Que la coaptation de l'ouverture de l'intestin à celle de l'abdomen devenant une condition nécessaire au succès de l'opération, cette fixité serait un obstacle et non un avantage; car si le cœcum rempli par les matières fécales et distendu par l'air est près des parois abdominales, lorsqu'il est vide il tend à s'en éloigner.

» Le second avantage, c'est qu'on a moins à craindre le renversement de la membrane interne, ce qui cependant peut avoir lieu.

» Troisièmement, qu'on n'aurait alors qu'une seule ouverture intestinale à cause de la disposition favorable du cœcum, l'ouverture étant faite dans son cul-de-sac; et c'est l'avantage le plus réel, attendu qu'il n'est pas à présumer que les matières fécales, sous l'impulsion du mouvement péristaltique, remonteront contre leur propre poids dans la portion ascendante du colon, ce qui arrive dans l'état naturel.

» Mais ces avantages qui existent, à peu de chose près, d'une manière égale dans l'opération de Littre, puisque toute portion de ce canal qui n'exerce plus sa fonction s'affaisse sur elle-même et s'oblitère par la cohérence de ses parois, peuvent-ils compenser la perte de toute la longueur du cœcum, du colon et du rectum, et des fonctions de ces gros intestins?

» Le motif allégué par Callisen, pour faire l'incision à la portion lombaire du colon dans l'endroit où cet intestin est hors de la cavité du péritoine, nous paraît tout à fait illusoire, *et nous défions l'anatomiste le*

plus exercé de pouvoir l'atteindre dans le très petit espace, où, fixé par le mœsocolon, il ne répond point à la cavité du péritoine. D'ailleurs, l'épaisseur des tégumens, l'abondance du tissu cellulaire graisseux, le voisinage des reins, et surtout l'incommodité très grande d'un anus artificiel placé dans cet endroit sont autant de raisons qui militent contre ce procédé.

» En résultat, l'opération de Littre, exécutée par Duret et Desault, nous paraît devoir mériter la préférence dans le cas d'oblitération parfaite, lorsque l'intestin ne s'ouvre ni dans les voies urinaires, ni dans les voies vaginales.

» Tout le monde sait que dans les imperforations de la première espèce, l'incision simple ou en croix, l'incision des lambeaux, le cautère actuel, sont les moyens opératoires conseillés et mis en usage par Zacutus Lusitanus, Morgagni, Roonhuis, Saviard, Hilden, Desault et autres célèbres chirurgiens.

» Quant à l'application de cette opération au rétrécissement de l'anus, nous ne la croyons nécessaire que dans deux cas : celui où le rétrécissement serait hors de la portée des corps dilatans, et celui où le rectum serait squirrheux à une trop grande hauteur pour qu'on pût emporter la totalité du mal avec l'instrument. »

Note de MARTIN l'aîné.

« Il est parvenu tout récemment à la Société un mémoire sur le même sujet, par le citoyen Bravai, médecin à Annonay; le cas de son observation était absolument semblable à celui que Dumas a recueilli; l'enfant mourut; le citoyen Bravai établit dans son mémoire que le meilleur moyen de le sauver eût été de pénétrer dans la vessie par une incision faite au périnée; il pense que cette opération, en mettant à découvert le point d'insertion de l'appendice intestinal, aurait rendu plus faciles des opérations subséquentes pour la restitution du canal dans sa place ordinaire. La pièce anatomique qui avait été jointe au mémoire démontre en effet la possibilité mécanique des différens procédés qu'il conseille. »

1797. — FINÉ.

Dans le tome 6 des *Annales de la Société de médecine de Montpellier*, ce chirurgien a publié deux mémoires fort intéressans sur l'entérotomie; je les reproduis ici en entier. Le fait de Fine et ses mémoires étaient complètement ignorés de nos

auteurs de chirurgie. Je dois la connaissance du fait à M. le docteur Bousquet; il est consigné dans le Manuel de Médecine pratique d'Odier de Genève, 2e édition, 1811, page 275, et je dois la découverte des mémoires à l'obligeance de M. le docteur Py de Narbonne.

« MÉMOIRE ET OBSERVATION SUR L'ENTÉROTOMIE, PAR M. PIERRE FINE, chirurgien en chef de l'hôpital de Genève, et correspondant de la Société de médecine pratique de Montpellier (an XIII).

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. HIPP. APH. 6, sect. 1.

» Opération d'anus artificiel, par la méthode de LITTRE, sur une femme âgée de 63 ans, qui a vécu trois mois et demi.

» Depuis que j'exerce l'art de guérir, j'ai eu à soigner plusieurs cas de *tympanite*, soit essentielle, soit le plus souvent symptomatique; frappé depuis longtemps de l'insuffisance des moyens que la médecine prescrit contre cette terrible maladie, affligé de la perte que je venais de faire tout récemment d'un malade atteint de cet état morbide pour lequel j'avais inutilement conseillé l'entérotomie, je me promis bien qu'à l'avenir j'insisterais fortement sur l'emploi de ce moyen, lorsque le cas dont je vais présenter le journal s'offrit peu de temps après.

» Madame Helliger, âgée de soixante-trois ans, était sujette depuis douze ou quinze mois à une diarrhée dont les déjections étaient devenues très fréquentes, mais peu abondantes; cette diarrhée était accompagnée d'épreintes et de douleurs qui se faisaient ressentir particulièrement au creux de l'estomac; depuis un mois et demi il existait quelques hoquets avec des maux de cœur, et la malade avait éprouvé deux vomissemens à un mois d'intervalle.

» Le vendredi 29 septembre 1797, elle crut apporter quelque soulagement à ses maux en prenant une solution de manne; dès ce moment la diarrhée s'arrêta; le ventre commença à se *météoriser*; les hoquets et les maux de cœur continuèrent; et quoique la malade rendît quelques vents par la bouche, elle éprouvait des étouffemens plus ou moins considérables; cet état, pour lequel on avait eu recours à un médecin, alla en augmentant jusqu'au dimanche 8 octobre, que je fus appelé sur les huit heures du soir. La malade sortait d'un bain tiède; son pouls était très fréquent et

développé; son ventre, tendu comme un ballon, résonnait lorsqu'on le frappait avec la main; l'on distinguait à travers les parois de l'abdomen les circonvolutions de l'intestin très distendu par les gaz qu'il contenait; la constipation était opiniâtre. La malade éprouvait une très grande fatigue; elle était tourmentée par des étouffemens, des douleurs aux lombes et dans les régions iliaques, des hoquets, des nausées, des vomissemens, des borborygmes et quelques éructations; elle ne pouvait rien prendre de substantiel sans s'exposer à l'augmentation de ces différens symptômes. Je conseillai pendant la nuit une mixture éthérée et deux lavemens composés chacun d'une cuillerée à soupe de miel, et à peu près autant de sel de cuisine; ils ne produisirent aucun effet.

» Le lendemain je visitai la malade avec son médecin; le pouls était un peu moins développé; mais les autres symptômes étaient les mêmes; nous conseillâmes l'application de la glace sur l'abdomen, des lavemens composés de sel de cuisine, de follicules de séné et de miel, et l'usage de deux onces d'huile de ricin, à la dose d'une cuillerée à soupe, d'heure en heure, dans du bouillon de veau; il n'y eut aucune évacuation alvine.

» Le 10, le ventre était davantage *météorisé*; nous prescrivîmes le matin des onctions sur l'abdomen avec un liniment composé de trois drachmes d'ammoniaque sur deux onces d'huile d'olives, et des lavemens avec une infusion de feuilles de tabac, à laquelle on devait ajouter du sel et du miel. Je proposai l'entérotomie; mais le médecin ne fut pas de cet avis; le soir on fit continuer l'usage des lavemens; on prescrivit celui d'une solution de sel d'Epsom à prendre par tasses; on fit appliquer des sangsues autour de l'anus; le *météorisme* et la constipation ne furent en aucune manière diminués.

» Le 11 nous vîmes la malade avec deux autres de nos collègues; son état était toujours le même; son pouls faisait 110 pulsations par minute; je proposai de nouveau l'entérotomie; elle fut différée au lendemain, si l'on n'obtenait point d'amélioration de la décoction d'une once de quinquina réduite à huit onces de collature, à laquelle on fit ajouter une demi-once de poudre de charbon, dans la vue d'absorber le gaz qui distendait si fortement les intestins, et de l'introduction de deux suppositoires faits avec un denier d'aloës et deux drachmes de sel marin, et suffisante quantité de savon et de miel.

» Le jeudi 12 octobre, on continua les remèdes de la veille; sur le midi, le pouls était très vite, irrégulier et intermittent; le *météorisme* de l'abdomen très considérable, et la respiration très gênée; la malade était tourmentée par la soif, et n'avait rendu par les selles que les suppositoires liquéfiés; son état me parut tellement dangereux, que je renonçai à mon

projet d'opération; cependant sur les sept heures du soir, le pouls étant devenu moins fréquent et plus régulier, je pratiquai l'opération que j'avais proposée, de la manière suivante :

» Je soulevai avec l'index et le pouce de chaque main la peau de l'abdomen, un peu au-dessus du milieu de l'intervalle qui est entre le nombril et le pubis, pour former un pli perpendiculaire à la ligne blanche; je fis tenir un des côtés de ce pli à un aide, et avec un bistouri je le coupai jusqu'à sa base, et formai de cette manière une incision de deux pouces et demi de longueur; j'incisai ensuite la ligne blanche jusque dans la cavité abdominale, dans la même étendue; je tirai au dehors la partie de l'intestin qui s'offrit à ma vue; elle était phlogosée; je passai ensuite dans le mésentère une ligature formée de quelques brins de fil ciré, puis je fis une incision d'environ six lignes à l'intestin; il en sortit à plusieurs reprises beaucoup d'air et de matières grisâtres assez liquides (1); je fis la réduction de l'intestin, et je le fixai, au moyen de l'anse de fil, près de la plaie des parois de l'abdomen dont je rapprochai les bords dans toute leur étendue, avec des bandelettes de sparadrap de diachylum gommé, à l'exception de l'endroit qui correspondait à l'ouverture intestinale que je couvris simplement d'un plumasseau de charpie et d'une compresse qui fut maintenue par un bandage unissant à six chefs.

» La malade supporta très bien cette opération, qui ne parut pas lui causer beaucoup de douleur : on lui prescrivit de demi-heure en demi-heure une cuillerée à soupe d'une mixture faite avec trois gros d'écorce du Pérou, six onces d'eau et une once de sirop, et pour boisson une faible limonade. A onze heures du soir le pouls était un peu plus vite, mais régulier; il était sorti par la plaie beaucoup de vents et de matières; le ventre était assez souple quoique encore volumineux; il n'était pas douloureux au toucher; la malade y éprouvait moins de gêne, ainsi qu'à la poitrine : la douleur des lombes existait toujours; les hoquets avaient un peu diminué; je prescrivis deux petits lavemens faits avec une décoction de quinquina *miellée*.

» Le vendredi 13 à huit heures du matin, le pouls battait cent vingt fois par minute; mais il était bon, la peau moite, le ventre moins *météorisé*; depuis minuit la malade avait éprouvé du soulagement; les douleurs des

(1) « Ayant approché la flamme d'une chandelle de l'ouverture qui donnait issue à ce gaz, il ne s'est point enflammé, comme on dit l'avoir observé dans les affections tympanitiques des animaux. Voy. Instructions et observations sur les maladies des animaux domestiques, par Chabert, Flandrin et Huzard, an II, p. 288. »

développant
fra[illegible]

[illegible]taient diminuées; la soif était moins
[illegible] elle avait pu faire usage de sa potion
[illegible]on; elle avait continué à rendre quel-
[illegible]t aussi rendu par l'anus à la suite des
[illegible] mais en beaucoup plus grande
[illegible]cales; la malade avait pris deux
[illegible]a semoule, sans être incommodée;
[illegible]quinquina.

[illegible] se trouvait assez bien, son pouls était assez bon, quoi-
[illegible]a même vitesse; elle avait rendu des vents et des matières par la
[illegible]ale; mais il n'y avait eu aucune évacuation par le fondement; on avait continué l'usage de la limonade et de la mixture avec l'extrait de quinquina.

» Le soir, le pouls était un peu plus fort, l'abdomen était un peu douloureux surtout vers les régions iliaques ; la malade avait inutilement pris un lavement émollient; après le pansement, elle eut un vomissement qui fit disparaître un gonflement intestinal qui existait au-dessus de la plaie; on prescrivit une émulsion faite avec une once d'huile d'amandes douces, une once et demie de sirop d'althéa, une demi-once de gomme arabique et six onces d'eau; deux lavemens émolliens, et de demi-heure en demi-heure une pilule composée d'un grain de camphre.

» Le 14, il n'y avait presque plus de hoquet; le ventre était beaucoup assoupli et point douloureux; il était sorti beaucoup de vents et de matières par la plaie; le pouls était bon, battait environ cent fois par minute; la malade avait pris pendant la nuit deux ou trois lavemens; la moitié d'un avait séjourné environ deux heures de temps dans l'abdomen; les autres étaient sortis sans rien amener, et c'est ce qui est presque toujours arrivé dans cette maladie, à l'exception de quelques parties qui restaient quelquefois plus ou moins de temps avant que de ressortir; on suspendit l'usage de l'émulsion : on continua celui des pilules camphrées.

» Le dimanche 15, le pouls était bon, battait quatre vingt-dix fois par minute; la malade avait passé une bonne nuit, et avait eu fort peu de hoquets.

» Le 16 et le 17, l'état de la malade a continué d'être bon; son pouls était un peu moins fréquent; elle a pris quelques lavemens, dont un seulement entraîna la valeur d'une cuillerée à café de matières granulées; à cette époque, j'observai que les matières granulées ne sortaient point continuellement par la plaie, mais parfois et assez abondamment, à des intervalles plus ou moins éloignés, et c'est ainsi que cette excrétion a continué de se faire.

» Le jeudi 19, il n'existait plus de hoquets; la malade rendit, avec un lavement, une plus grande quantité de matières granulées grises que précédemment, et quelques pepins de raisin; l'anse de fil qui soutenait l'intestin fut retirée; on aurait pu la retirer beaucoup plus tôt, parce que l'intestin avait depuis longtemps contracté des adhérences avec le bord de la plaie; l'anus artificiel était évidemment établi; il formait au centre de la plaie, qui n'était pas encore entièrement couverte par la peau en cet endroit, un petit bourrelet de quatre lignes de diamètre, dont les bords étaient arrondis; cet anus fonctionnait presque comme s'il était pourvu d'un sphincter; le plumasseau dont on le recouvrait n'était point sali durant tout l'intervalle pendant lequel la malade n'allait pas du ventre; la seule différence qu'il y avait, c'est qu'il ne dépendait pas d'elle d'empêcher l'excrétion des matières fécales quand elle devait avoir lieu.

» Le 20, le pouls était bon, mais un peu faible, il battait soixante-seize fois par minute.

» Le 22, la malade se leva l'après-midi; elle avait rendu quelques vents et quelques matières granulées avec un lavement qui avait pris une couleur jaunâtre et contracté l'odeur excrémenteuse.

» Depuis ce moment jusqu'au 25 novembre, son état a été à peu près le même: elle a rendu parfois quelques vents par l'anus, et les lavemens dont elle a continué à faire usage ont amené de temps à autre des matières granulées; elle a même rendu en différentes fois, par le podex, une crotte jaunâtre de la grosseur d'une petite noix, ce qui, joint aux envies fréquentes qu'elle avait d'aller à la garderobe, fit naître l'idée de comprimer l'anus artificiel pour tâcher de déterminer les selles du côté du fondement; mais ces tentatives n'aboutirent qu'à inquiéter plus ou moins la malade, qui d'ailleurs reprenait des forces; la plaie des parois de l'abdomen était presque cicatrisée; l'anus artificiel était assez rétréci. Depuis ce moment jusqu'au 24 décembre, la malade continuait à reprendre des forces, et à rendre quelques crottes par le podex, mais moins grosses que les précédentes. Le rétrécissement de l'anus artificiel causait parfois une constipation accompagnée de quelques malaises, auxquels je remédiais par quelques légers laxatifs. Dès le commencement de décembre, j'ai cherché à le dilater avec la racine d'althéa un peu amollie dans l'eau chaude; mais lorsqu'elle séjournait un peu longtemps, elle causait quelques incommodités, en empêchant la sortie des vents; c'est pourquoi, au bout de quelques jours, je continuai l'usage de la même racine, dans le centre de laquelle j'avais placé un très petit tube de plume, pour opérer la dilatation sans gêner l'excrétion des vents; mais la malade trouva ce procédé encore trop incommode, quoiqu'il ne fût pas douloureux; elle a

préféré d'être exposée à de légers malaises, auxquels elle a continué à remédier par quelques doux laxatifs.

» Cependant, quoiqu'elle parût assez bien relativement aux forces et à la santé, il lui est survenu de l'enflure œdémateuse aux extrémités inférieures, sans diminution de la quantité des urines ; on administra l'écorce du Pérou ; l'enflure allant en augmentant, on fit usage de différens toniques apéritifs qui n'empêchèrent point l'accroissement de la cachexie, et la malade mourut le 1er février 1798.

» *Ptomatopsie.* Je fis l'ouverture du cadavre le surlendemain à onze heures ; je trouvai beaucoup de sérosité dans le ventre ; le foie était très volumineux et très endurci, sans avoir cependant de tubérosités squirrheuses ; la partie transversale du colon était celle où l'anus artificiel avait été formé ; cet intestin avait conservé sa grosseur naturelle, et quoique déplacé vraisemblablement par l'expansion du gaz, il avait une position presque transversale ; il avait aussi contracté des adhérences à quelques lignes autour de l'anus artificiel, un peu au-dessous de cet anus ; une partie d'intestin grêle en avait aussi contracté une forte, quoique peu étendue, avec les parois du ventre ; enfin je trouvai à la partie tout à fait supérieure du rectum, et dans l'étendue d'un pouce et demi, une squirrhosité qui en occupait toute la circonférence, qui avait presque oblitéré le canal intestinal, et qui était accompagnée d'une légère suppuration.

» Je proposai, dans la consultation, l'opération telle que je l'ai exécutée comme infiniment préférable à la paracentèse au moyen d'un troicar, dont on aurait laissé la canule à demeure dans la plaie, parce que 1° l'opération telle que je la proposais formerait une plaie très simple, par conséquent accompagnée de moins d'accidens que celle qui résulterait de l'action sur les intestins d'un instrument à trois tranchans ; 2° qu'on ne pouvait point être sûr que l'intestin n'abandonnerait point la canule qu'on se proposait d'y introduire à demeure ; que dans ce cas on courrait le risque d'un épanchement d'air, et peut-être de matières fécales dans l'abdomen ; 3° que cet abandon de la canule pourrait, selon les circonstances, nécessiter de nouvelles ponctions ; 4° que si les matières fécales ne reprenaient pas bientôt leur cours par les voies naturelles, ou ne les reprenaient pas du tout, elles auraient la facilité de sortir par l'ouverture que j'aurais pratiquée à l'intestin dont on formerait alors un anus artificiel, ce que l'on ne pouvait pas espérer du séjour de la canule.

» Il se présente naturellement ici une question à résoudre, savoir : pourquoi je n'ai pas eu l'intention de pratiquer cette opération sur un des gros intestins, comme, par exemple, sur la portion gauche du colon ou sur son S ? Je réponds : 1° que l'état de la malade me paraissant tout à fait

dangereux, j'ai choisi la ligne blanche pour le lieu de l'opération comme étant celui où elle causerait moins d'irritation, parce que l'on n'aurait pas différens plans de fibres charnues à couper; 2° outre les soupçons de l'existence de quelque obstacle à la fin du colon, ou au commencement du rectum, soupçons qui étaient le résultat soit de la petitesse des selles avant l'époque des accidens, soit de la difficile pénétration, soit encore de l'examen du rectum, que j'avais fait la veille et l'avant-veille de l'opération (1), on avait encore quelques raisons de soupçonner, d'après les rapports de la malade, une affection particulière du cœcum, d'autant mieux que les gros intestins, à l'exception du pylore, semblent, en général, plus exposés aux désorganisations que les grêles; je crus convenable de faire l'opération à la ligne blanche, sur une portion de l'iléon, sachant que les anus artificiels formés à la suite des hernies avec gangrène de cet intestin ne s'opposent point, au moins pour l'ordinaire, à la nutrition, les cas contraires étant peu fréquens; 3° enfin, comme la constipation est un symptôme de la tympanite, quelle qu'en soit la cause, dans le cas où la désorganisation soupçonnée n'eût point existé, cette plaie ou cet anus artificiel ne devait subsister que jusqu'à la cessation du spasme ou de toute autre cause passagère, qui aurait été suivie du retour de la liberté du ventre.

» Il est bien probable que si la malade n'avait eu, par exemple, qu'une tympanite spasmodique, ou dépendante de toute autre cause susceptible d'être détruite, ou de nature à ne pas causer elle-même la mort, cette opération lui aurait sauvé la vie; que si elle n'eût eu que sa squirrhosité à la partie supérieure du rectum, sans l'affection particulière du foie qui a entraîné la cachexie et la mort, elle aurait pu vivre encore assez longtemps; car, un squirrhe au rectum, lorsqu'on pourra procurer une issue aux matières qui auront parcouru une grande étendue du tube intestinal, devra produire bien plus tard la mort que celui du pylore, par exemple, qui tue par défaut de nutrition; les substances alimenteuses étant trop promptement rejetées pour pouvoir fournir une quantité suffisante de chyle.

» Il parait d'ailleurs prouvé, soit par la manière dont la malade a sup-

(1) Ces différens examens du rectum, soit avec le doigt, soit avec une canule de gomme élastique, m'avaient fait apercevoir sur la paroi antérieure, et tout à fait supérieure de cet intestin, une espèce d'excroissance assez ressemblante à un museau de tanche qui serait mou, dans la cavité duquel je pouvais, avec beaucoup de peine, introduire le bout de l'index, en refoulant fortement le périnée.

porté cette opération, soit par l'analogie de guérisons nombreuses de plaies faites à l'estomac ou aux intestins, que l'entérotomie n'est pas très dangereuse; si elle eût été proposée à la place de la ponction dont nous avons démontré les désavantages, la plupart des auteurs ne l'auraient pas rejetée, et il n'est pas douteux que beaucoup de malades chez lesquels on n'a pas osé tenter la ponction auraient été, par l'usage de l'entérotomie, ou quelquefois radicalement guéris, ou du moins, dans la majeure partie des cas, infiniment soulagés, et dans la possibilité de mener encore une vie assez longue; je m'explique ainsi parce que la tympanite essentielle paraît rare, et qu'elle dépend le plus souvent de causes organiques, auxquelles l'opération ne saurait remédier.

» Le succès que j'ai obtenu dans cette opération n'est-il pas bien propre à encourager les chirurgiens à la formation des anus artificiels, dans certains cas de mauvaises conformations de l'anus, ou de défaut de cette partie ainsi que l'avait proposé Littre (1). Il est bien surprenant que depuis cet auteur jusqu'à Pillore, Dubois, Duret et Desault, personne n'ait pratiqué cette opération, qui conviendrait également dans bien des cas de rétrécissement ou de squirrhosité du rectum, lorsque ces désorganisations sont situées trop supérieurement, comme chez madame Helliger, pour pouvoir être accessibles aux secours de l'art (2).

(1) Littre avait vu, dans le cadavre d'un enfant mort à six jours, le rectum divisé en deux parties, qui ne tenaient l'une à l'autre que par quelques petits filets longs environ d'un pouce. Les deux parties s'étaient fermées, chacune de son côté, par le bout où s'était faite la séparation, de sorte que les deux clôtures se regardaient..... Pour rendre son observation utile, continue l'historien de l'Académie, Littre a imaginé et proposé une opération chirurgicale fort délicate, pour les cas où l'on aurait reconnu une semblable conformation. Il faudrait faire une incision au ventre, et recoudre ensemble les deux parties d'intestin après les avoir rouvertes, ou du moins faire venir la partie supérieure de l'intestin à la plaie du ventre que l'on ne fermerait jamais, et qui ferait la fonction d'anus. Voy. *Hist. de l'Académie royale des sciences pour l'année* 1710, *page* 36. S'il n'est pas très facile de comprendre la possibilité et l'utilité du premier de ces deux modes d'opération, on conçoit pourtant que Littre entendit que, dans tous les cas, cette opération devait se faire à la région de la fosse iliaque gauche.

(2) Quatorze jours après avoir fait cette opération, c'est-à-dire le 26 octobre 1797, je reçus le n° 13 du Recueil périodique de la Société de médecine de Paris, dans lequel je lus, avec d'autant plus d'intérêt, les excellentes réflexions du célèbre professeur Dumas sur cette matière, que je venais de mettre à exécution ce qui faisait, depuis long-temps, l'objet de mes méditations, sous le même rapport que cet auteur, mais encore sous celui de la tympanite.

» Si l'on peut hasarder une opinion d'après un fait, il paraît qu'il y a bien peu de cas de tympanite intestinale, qui, lorsqu'ils menacent les jours du malade, ne puissent pas admettre l'entérotomie. Je n'ignore point les objections qu'on peut faire, contre cette opération, dans les cas de tympanite symptomatique; l'on dira: 1° qu'il n'est pas toujours possible de connaître le siège de l'affection morbide, qu'alors on manquera quelquefois de boussole pour déterminer le lieu convenable à l'opération; ce lieu doit toujours être le plus éloigné de l'estomac, lorsqu'on n'a point de raison d'en choisir un autre, afin que si l'on vient à être dans la nécessité de conserver l'anus artificiel, la digestion soit plus avancée, lorsque les matières y arriveront pour être expulsées; 2° qu'on ignore parfois la nature de l'affection ou du moins qu'elle est douteuse; 3° enfin qu'on ne peut pas toujours être assuré qu'il n'y ait qu'un seul endroit d'affecté; qu'en conséquence dans tous ces cas l'opération peut devenir tout au moins inutile. Je conviens que ces différentes circonstances peuvent se rencontrer; mais tant qu'il ne s'en rencontrera pas de visiblement contraires, je ne vois pas pourquoi, même dans ces cas douteux, un chirurgien ne pratiquerait pas cette opération, lorsque le malade est dans un danger imminent et sans ressource.

» Lorsque j'aurais une semblable opération à exécuter, je crois convenable de faire l'incision de l'intestin plus étendue; il n'en résultera vraisemblablement pas plus d'accidens, et le malade du moins ne sera pas exposé aux inconvéniens d'une ouverture trop petite; d'autant mieux qu'une incision faite sur un intestin dont les parois sont fortement distendues se trouvera réduite par l'élasticité, l'action tonique et musculaire, lorsque la cause qui les distendait vient à cesser. Le peu d'étendue qu'a conservée l'ouverture intestinale a été apparemment la cause pour laquelle les matières fécales, qui pour l'ordinaire sortent continuellement, et sans que les malades en soient avertis, à travers les anus artificiels, ne sortaient chez ma malade qu'à des intervalles plus ou moins éloignés.»

Second Mémoire de FINE.

« Dans mon premier Mémoire sur l'entérotomie, j'ai établi, comme principe général, que l'anus artificiel doit être pratiqué sur le côté gauche de l'abdomen dans la partie du tube intestinal la plus éloignée possible de l'estomac, afin que l'absorption du chyle se fasse dans une plus grande étendue et que la nutrition se ressente moins de la diminution qu'elle éprouverait, lorsque cet anus serait établi dans un endroit plus rapproché de ce viscère.

« Mon intention dans ce second Mémoire est de préciser davantage et mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour la place où l'anus artificiel doit être établi, selon la nature des causes qui en nécessitent la formation, et de donner à quelques autres points sur la même matière plus de développement que je n'ai été appelé à le faire dans mon précédent Mémoire.

» L'entérotomie, en général, paraît avoir été mise en usage dès les premiers temps de la médecine. Cœlius Aurelianus rapporte que Praxagore, qui vivait trois ou quatre cents ans avant l'ère chrétienne et dont les ouvrages ont été perdus, après avoir inutilement employé différens remèdes dans l'*ileus*, faisait une ouverture aux parois du ventre, puis incisait l'intestin, pour en faire sortir l'excrément, et le recousait ensuite (1). Dans des temps fort postérieurs, on a employé le même moyen pour retirer de l'estomac des couteaux, accidentellement avalés, et dans des cas de hernies, pour donner issue à des matières endurcies et contenues dans les intestins (2). Quant à l'origine de la formation d'un anus artificiel, dans les cas de mauvaise conformation du rectum chez les nouveau-nés, elle ne remonte pas au-delà de Littre, qui n'a pas exécuté cette opération, comme le dit Bichat (3), mais qui l'a seulement proposée. Pillore, chirurgien à Rouen, et contemporain de Lecat, paraît être celui qui l'a pratiquée pour la première fois (4); en quoi il a été suivi par Dubois, en 1783 (5), Duret en 1793 (6), et Desault en 1794 (7). Dès lors MM. Desgranges (8) et Voisin (9) ont pratiqué cette opération, le premier en octobre 1800, le second à peu près dans le même temps; et une fois en

(1) Cœl. Aurel., lib. 3, cap. 17.

(2) Académ. de chirurg., t. 1, in-4°, p. 595, 604.

(3) OEuv. chirur., de Desault, t. 2, p. 315.

(4) Voyez l'intéressant rapport de Martin le jeune; Actes de la Soc. de méd. de Lyon, t. 1, p. 180. J'ai inutilement demandé et fait demander à M. Pillore, le père, très avancé en âge, et depuis sa mort à M. son fils, chirurgien à Rouen, des renseignemens sur le temps où cette opération a été faite, sur le cas qui l'a nécessitée, sur la manière dont elle a été exécutée, ainsi que sur les suites qu'elle a eues; je n'ai pu savoir autre chose, sinon que cette observation devait se trouver dans les papiers du défunt. Il est fâcheux que la médecine opératoire soit privée des détails d'une opération qui présente un grand intérêt, et sur laquelle M. Martin n'a eu qu'une connaissance verbale.

(5) Rec. périod. de la Soc. de méd. de Paris, t. 3, p. 125.

(6) Ibid., t. 4, p. 85.

(7) Journ. de chirur. par Desault, t. 4, p. 248.

(8) Voy. ci-après sa correspondance.

(9) Rec. périod. de la Soc. de méd. de Paris, t. 21, p. 353.

mai 1802. Dumas (1) est le premier qui ait proposé la formation d'un anus artificiel dans le cas de squirrhe au rectum; et moi le premier qui ai exécuté cette opération dans un cas semblable ainsi que dans celui de tympanite, avant que d'avoir eu connaissance du Mémoire que ce célèbre professeur a fait sur cette matière. Voilà, à ma connaissance, ce que j'avais à dire sur l'histoire chronologique de la formation de l'anus artificiel.

» Maintenant, si nous voulons nous occuper de ce qui est relatif à l'endroit préférable pour cette opération, on peut poser pour principe : 1° que l'anus artificiel doit être établi sur la région de la fosse iliaque gauche, toutes les fois qu'il sera nécessité par l'imperforation de l'anus, ou toute autre mauvaise conformation naturelle du rectum, chez un enfant nouveau-né, contraire à l'existence de la vie; à l'exception de certains cas, dans lesquels la nature semble indiquer que c'est dans l'endroit même du mal conformé, que le chirurgien doit chercher à corriger ses écarts; 2° que la région lombaire gauche doit être choisie, au contraire, pour l'établissement de l'anus artificiel, lorsque cette opération devient nécessaire pour un vice ou une altération morbide du rectum, dans laquelle les déjections stercorales seront empêchées, auxquelles causes, à raison surtout du siége qu'elles occupent, on ne pourrait remédier par d'autres secours de l'art (2). Je m'explique, et je dis que ces deux principes dérivent de la différence que l'inspection anatomique fait trouver dans la position de l'S romaine du colon, dans le fœtus et dans l'adulte; en effet, si l'on fait cet examen avec attention, on verra que l'S romaine simple, et quelquefois double dans le fœtus, s'avance beaucoup sur le côté droit de la fosse iliaque gauche; qu'elle s'étend même parfois jusqu'au delà de la ligne blanche; tandis que chez l'adulte, cette anse du colon s'étend beaucoup moins sur le devant, mais reste placée dans la partie postérieure de la fosse iliaque gauche, en remontant jusque vers la quatrième vertèbre lombaire; en sorte que si l'on pratiquait l'anus artificiel chez l'adulte selon la méthode de Duret ou de Desault, c'est-à-dire sur la région de la fosse iliaque gauche, l'on courrait les risques, après avoir fait les incisions nécessaires pour pénétrer dans l'abdomen, de ne point rencontrer cette S romaine, ce qui serait un événement bien fâcheux.

(1) Rec. de la Société de méd. de Paris, t. 3, p. 46.

(2) Dans les cas de tympanite ou d'autres affections morbides du ventre, il est possible qu'il y ait des indications qui fassent préférer, pour pratiquer cette opération, d'autres places que celles que j'ai déterminées; mais je ne me suis pas proposé de m'en occuper.

» Quant à la manière de pratiquer l'anus artificiel, sur la région de la fosse iliaque gauche d'un enfant nouveau-né, voici celle que je crois préférable. On fera faire à la peau, sur le milieu de cette fosse un pli de haut en bas et un peu de dedans en dehors, perpendiculaire à une ligne qui s'étendrait depuis un demi-pouce au-dessus de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles à un travers de doigt de l'os pubis de ce côté. On fera tenir une des extrémités de ce pli à un aide, tandis que le chirurgien, tenant l'autre avec le pouce et l'index de la main gauche, coupera de la main droite, armée d'un bistouri, ce pli jusqu'à sa base, de manière à former une incision longue d'un pouce et demi à deux pouces; cette incision sera continuée dans la même étendue sur les muscles abdominaux jusque dans la cavité du ventre; il faudra avoir l'attention de ne pas prolonger l'incision du côté du pubis, assez loin pour blesser l'artère épigastrique, qui se trouve vers le bord externe du muscle droit; puis on terminera l'opération comme je l'ai indiqué dans mon premier Mémoire; on donnera environ un pouce d'étendue à l'incision de l'intestin; je ne crois pas que la mèche que Desault a introduite dans l'ouverture intestinale, pour rapprocher le colon de la plaie des parois de l'abdomen, et faciliter son adhérence à ces parties, soit convenable; elle doit nuire en ne laissant pas une issue facile aux matières intestinales, et produire plus ou moins d'irritation. Si l'on veut empêcher l'épanchement des matières fécales dans le ventre, et faciliter l'adhérence du colon aux parois abdominales, il est nécessaire de passer dans le mésocolon l'anse d'un ruban formé de quelques brins de fil ciré, avec la précaution autant que possible, de ne point ouvrir de vaisseaux avec la pointe ou le tranchant de l'aiguille dont on se servira pour cela; peut-être conviendrait-il que les tranchans de cette aiguille fussent émoussés.

» Nous avons dit comment on pouvait éviter la section de l'artère épigastrique, si cet accident arrivait, ou que quelques rameaux de l'artère abdominale vinssent à être ouverts; la ligature, ou la compression si le premier de ces moyens ne pouvait avoir lieu, suffira pour se rendre maître du sang. J'ai été une fois dans le cas de remédier à une hémorragie de cette nature, dans un empyème que je fis au-dessus du ligament de Fallope, pour donner issue à un dépôt de matière purulente dans la fosse iliaque droite; j'ouvris un rameau assez considérable de l'artère abdominale; le sang, en se mêlant au pus, et lui donnant sa couleur, paraissait être fourni par une source plus abondante encore; je comprimai l'artère ouverte avec le pouce et l'index d'une main; le dépôt vidé, je plaçai un bourdonnet lié sur l'ouverture de l'artère; j'en appliquai un autre sur les parois de l'abdomen; j'introduisis une des branches d'une pince à panse-

ment par dessous le plumasseau placé à l'intérieur, j'appliquai la seconde branche sur le plumasseau extérieur; je les maintins assez rapprochés au moyen d'un ruban de fil, pour établir une compression suffisante pour arrêter l'hémorragie; le lendemain j'ôtai cet appareil compressif qui n'était plus nécessaire.

» Je me suis expliqué sur les inconvéniens d'établir chez un adulte l'anus artificiel dans la région de la fosse iliaque gauche, si l'on veut le pratiquer sur le colon, et j'ai dit que c'est dans la région lombaire gauche qu'il faut attaquer cet intestin, parce que dans cet endroit il a une position *fixe et invariable*. Je n'établirai pas pour, règle avec Callisen (1), qu'il faut pratiquer l'incision dans la région lombaire gauche, le long du bord antérieur du muscle carré des lombes, pour pénétrer jusqu'au colon, et inciser cet intestin dans un endroit où il présente, selon cet auteur, un petit espace où il n'est pas renfermé dans la cavité du péritoine; car indépendamment de ce que l'incision me parait être faite trop postérieurement, il faudrait une trop grande habitude dans les dissections anatomiques pour compter sur une telle boussole; mais la manière dont je vais décrire cette opération fera toujours rencontrer le colon gauche immédiatement au-dessus de son S; là, son mésocolon, ou son ligament gauche, est assez lâche pour permettre d'y passer l'anse que j'ai jugé nécessaire.

» Si la personne est maigre, on fera faire à la peau de la région lombaire gauche un pli qui coupe à angle droit et également l'espace qui s'étend de l'extrémité antérieure de la seconde fausse côte, en comptant de bas en haut, jusque sur la crête de l'os des îles; on incisera ce pli et la peau dans toute cette étendue; si l'on ne peut pas former de pli à la peau, on l'incisera d'un seul trait de bistouri en la tendant un peu avec les doigts; ensuite on coupera couche par couche les parties situées au-dessous, jusque sur le péritoine auquel on fera avec précaution une petite incision, qu'on agrandira par le haut et par le bas, au moyen d'une sonde cannelée, pour lui donner la même étendue qu'à celle des tégumens et des parties sous-jacentes; cela fait, le colon se présente à la vue de l'opérateur; il le saisira avec les doigts, passera l'anse de fil dans le mésocolon, incisera l'intestin selon sa longueur, dans l'étendue d'un pouce et demi, et terminera l'opération comme je l'ai dit. J'ai fait sur les cadavres des essais bien répétés de cette méthode, et ils ont eu toujours le même résultat (2); l'un de ces essais même a été fait en présence de plusieurs

(1) Sabatier, Méd. opérat., t. 1, p. 436.

(2) Dans les cas de conformation naturelle et ordinaire des côtes, il arrive parfois, mais très rarement, que la seconde fausse côte, plus longue, s'avance

témoins, sur le cadavre d'une personne morte d'un squirrhe à la partie supérieure du rectum, état morbide pour lequel j'aurais insisté davantage sur la proposition que j'avais faite d'établir un anus artificiel, si la maladie, prenant une tournure cancéreuse, ne m'eût pas fait renoncer à l'idée d'une opération qui n'aurait pu être profitable, car c'est surtout dans des cas de cette nature qu'il est nécessaire qu'un chirurgien ait un bon jugement, et ne se laisse pas éblouir par l'idée d'un succès, qui, n'étant que momentané, jetterait une défaveur sur une opération qui, dans certains cas, peut présenter des résultats avantageux.

» Dans cette manière d'opérer, on forme l'anus artificiel à une assez grande distance de la partie malade, pour qu'on n'ait pas à craindre l'effet d'une augmentation dans l'étendue de l'altération organique, si toutefois cette altération n'est dangereuse que sous le rapport de l'étendue des parties qu'elle viendrait à affecter, et il n'est pas probable, d'après l'observation, qu'un squirrhe au rectum porte bien loin ses ravages. On n'atteint pas des parties dont la lésion soit bien dangereuse; on n'est pas exposé à couper des vaisseaux sanguins considérables, et dans le cas de quelque hémorragie, la ligature ou la compression y remédiera sûrement.

» Un anus artificiel placé dans la région lombaire gauche exige, à la vérité, l'incision d'une plus grande épaisseur de parties; mais cela est bien remplacé par les avantages que nous lui avons attribués; d'ailleurs il ne paraît pas devoir être plus incommode qu'à la fosse iliaque; les soins qu'il demande seront plus facilement dérobés à la connaissance des autres; se trouvant plus éloigné des parties naturelles, il n'apportera aucun empêchement à l'union des deux sexes, et causera moins de dégoût.

» La formation d'un anus artificiel n'est pas aussi dangereuse qu'on pourrait le croire, ainsi que je l'ai dit dans mon premier Mémoire. Dans la relation des opérations faites par Pillore et Duret, et qui ont été couronnées de succès, il n'est pas fait mention qu'elles aient été suivies d'accidens; et il n'est pas probable que la mort ait dépendu exclusivement de cette opération, dans les cas où elle n'a pas réussi. Voici encore un cas en confirmation de ce que j'avance. M. Desgranges, *chirurgien fort renommé à Lyon, m'écrivait, en date du* 29 *novembre* 1800, *de Morges, en Suisse, où il faisait alors sa résidence :* « *J'ai prati-*

plus antérieurement; alors le chirurgien fera son incision un peu plus postérieurement; en général cette incision, dirigée perpendiculairement de l'extrémité antérieure de la première fausse côte sur la crête de l'os des îles, doit être distante de cinq pouces de l'épine antérieure et supérieure de cet os.

» *qué un anus au lieu d'élection et de nécessité connu, sur une jeune* » *fille de quatre ans et plus, dont le rectum aboutissait au vagin.* » *J'ai tout sujet de croire que je la guérirai complètement. Il y a* » *déjà plus d'un mois, et tout va bien.* »

» Une circonstance remarquable, c'est la tendance qu'ont en général les anus artificiels à se resserrer, lorsque, pendant un temps plus ou moins long, on n'a pas le soin d'en entretenir l'ouverture assez grande, au moyen d'une tente ou d'autres corps dilatans; indépendamment de ce que j'en ai dit dans mon précédent Mémoire, on voit dans le premier volume du recueil de la Société de médecine de Paris, page 36, que M. Servenon crut pouvoir, au bout de trois mois, renoncer à l'usage d'une canule de gomme élastique, avec laquelle il entretenait l'ouverture du rectum; mais en quinze jours, il se fit un tel rapprochement des parties, que les excrétions ne sortaient plus, et qu'il eut assez de peine à dilater de nouveau cet anus; moyen auquel il ne renonça qu'au bout d'un an (1). *M. Desgranges fournit une nouvelle preuve de cette vérité dans les détails qu'il m'a communiqués, à la date du 3 juin* 1801, *sur son opération de l'anus artificiel.* « *Elle a parfaitement réussi; toutes* » *les matières s'écoulaient par le nouveau fondement quand la fille* » *a quitté Morges; quelques humidités stercorales suintaient en-* » *core par l'ouverture recto-vaginale* (celle qui tenait lieu d'anus); » *j'y plaçai un peu de charpie pour la comprimer, et j'entretenais* » *avec soin la nouvelle voie par un tampon que j'avais appris à sa* » *mère à mettre et à ôter; celle-ci n'a pas voulu rester plus long-* » *temps hors de chez elle, ni me laisser son enfant; je voyais chaque* » *jour la nécessité d'user longtemps du tamponnage, espèce de man-* » *drin sur lequel se montait la voie artificielle, et qui s'opposait* » *efficacement au rapprochement des parties que la nature suscite* » *sans cesse, et finit par déterminer.* » *Il craint enfin, pour ce nouvel anus, le même sort d'un enfant auquel il avait ouvert les deux narines, lesquelles se resserrèrent au point d'admettre avec peine le passage d'une aiguille de bas, pour avoir renoncé trop vite à l'usage d'un moyen dilatant;* j'ai observé la même chose dans un cas tout à fait semblable d'occlusion des narines, suite de la petite vérole confluente; mais le resserrement est resté un peu moins considérable; l'ouverture des narines permet le passage d'une sonde de gomme élastique

(1) Voyez encore un exemple semblable de rétrécissement, ibid., t. 2, p. 106. On employait la racine de gentiane pour dilater; ce moyen me paraît trop irritant.

de moyenne grosseur. Cette tendance au rétrécissement doit engager à ne pas faire l'ouverture intestinale trop petite, et à la tenir dilatée pendant un temps plus ou moins long, selon le cas, avec les corps dilatans qui paraîtront les plus convenables; j'observerai cependant qu'il ne faut pas en faire usage avant que l'irritation dépendante de l'opération soit tout à fait passée, par les raisons que nous avons données à l'occasion de la méthode de Desault; et dans les cas où le moyen dilatant produirait quelques désagrémens, en s'opposant à l'issue des matières stercorales, on le renouvellerait souvent, ou bien on le remplacerait par une canule.

» Je terminerai ce mémoire en faisant connaître le procédé que j'ai mis en usage pour introduire le tampon chez le malade atteint de squirrhe au rectum, dont j'ai fait mention. Le squirrhe se trouvait placé à la partie supérieure du rectum. Je ne pouvais y atteindre avec l'index, qu'en refoulant fortement le périnée; et la saillie considérable qu'il faisait dans l'intestin, dont la cavité était très rétrécie, s'opposait à ce que le tampon introduit à la manière de Desault pût rencontrer cet étroit passage et y pénétrer. Je fis exécuter une petite gouttière de bois dur, arrondie par son extrémité; à la faveur de l'index je la faisais glisser jusque dans l'ouverture squirrheuse, puis je retirais le doigt; et, au moyen du stylet fourchu, je plaçais convenablement le tampon. »

1800. — DESGRANGES, de Lyon.

Opération d'anus artificiel pratiquée avec succès sur une jeune fille de quatre ans et plus, dont le rectum aboutissait au vagin.

Ce fait se trouve dans le second Mémoire de Fine, pag. 122 et 123.

1800. — CALLISEN.

Dans l'ouvrage de ce chirurgien, *Systema Chirurgiæ*, etc., tome 2, page 688, on trouve le passage suivant :

« Lorsque la coarctation de l'intestin est très grande et très profonde, il faut renoncer à ce moyen (l'incision directe sur l'intestin). Cependant, cet état, qu'aucun signe certain n'indique, ne doit nullement empêcher un homme de l'art, sensé, de tenter une opération. Si l'intestin ne pouvait être atteint, ni avec le couteau, ni avec l'instrument propre à la paracentèse, il serait bien difficile de sauver le malade. L'incision du cœcum ou du colon descendant qui a été proposée, dans cet état de

choses, au moyen d'une section pratiquée dans la région lombaire gauche, sur le bord du muscle carré des lombes, pour établir un anus artificiel, présente une chance tout-à-fait incertaine; et la vie du petit malade pourra à peine être sauvée. Toutefois l'intestin peut être atteint plus facilement dans ce lieu, qu'au dessus de la région inguinale. »

1802. — VOISIN.

Dans le *Recueil périodique de la Société de Médecine de Paris*, tome 21, page 353, on trouve le fait important que je reproduis en entier :

« Observation sur une imperforation extraordinaire de l'anus chez un nouveau-né, auquel, en pratiquant l'opération de Littre, on ouvrit l'intestin iléon au lieu du colon, qui manquait ainsi que les deux autres gros intestins; par M. Voisin, chirurgien de l'hospice civil de Versailles, etc. Lu à la Société, le 6 frimaire an XIII.

» Les observations connues de MM. Ant. Dubois, Desault, Duret, etc., celle que j'ai communiquée il y a quatre ans à la Société, et dont elle a chargé M. Giraud de lui rendre compte, prouvent incontestablement la possibilité, dans les cas semblables, de suppléer au défaut d'anus naturel, en ouvrant dans la région iliaque gauche la portion du colon qui y répond.

» Soumettre à la Société les faits curieux et extraordinaires de ce genre de vice de conformation, c'est seconder ses vues de perfectionnement sur cette partie de l'art; c'est lui fournir les moyens d'exécuter le projet annoncé depuis longtemps dans son recueil périodique, de faire, de toutes les observations sur ce sujet qui y sont insérées, rapprochées de celles que l'on connaît déjà, un travail complet sur les vices d'organisation de l'anus et des gros intestins, et sur les moyens d'y remédier.

» Littre et Callisen, en proposant d'ouvrir le colon, le premier dans la région iliaque gauche, le second dans la région lombaire du même côté, n'ont point prévu les cas où cet intestin manquerait entièrement. M. Baudelocque en a déjà rencontré un exemple; l'observation suivante en fournit un autre, avec cette particularité que l'on trouve ici l'absence absolue des trois gros intestins.

» L'épouse de M. V..., domiciliée à Bougival, commune du département de Seine-et-Oise, entre Saint-Germain et Versailles, accoucha heureusement et à terme, le 1[er] prairial an 10 (21 mai 1802), d'un enfant

vivant. La sage-femme et les parens, effrayés des vices de conformation que présentait l'enfant dont ils ne pouvaient pas même distinguer le sexe, me firent appeler.

» Je reconnus dans cette conformation monstrueuse les singularités suivantes : l'anus manquait entièrement; la peau, vers le point que cette ouverture occupe ordinairement, était lisse, épaisse et saine; le raphé commençait vers ce point et séparait en s'étendant vers la symphyse pubienne deux tubercules de forme mamelonnée, chacun du volume d'une petite cerise. Ces tubercules représentaient le scrotum; en les pressant, il était facile de sentir qu'ils n'étaient formés que par la graisse, et par des replis de la peau,

» On ne découvrait aucune trace de verge.

» Un peu au-dessus des tubercules, dans l'étendue, et dans la direction qu'occupe ordinairement la vulve, on remarquait deux replis formés par les tégumens, placés parallèlement, chacun d'environ trois lignes de longueur et formant comme deux espèces de petites lèvres. Une sinuosité assez superficielle séparait ces petites lèvres; à l'extrémité supérieure de cette sinuosité, on découvrait la forme d'une espèce d'orifice, dans lequel on ne pouvait pénétrer que de la profondeur d'une ligne, soit avec l'extrémité d'un stylet très fin, soit avec une soie de cochon. Cette espèce d'orifice n'aboutissait à aucun conduit; car, pendant la durée de la vie de l'enfant, il ne s'en est point écoulé de fluide.

» Trois lignes au-dessus de la commissure supérieure des espèces de petites lèvres dont je viens de parler, on remarquait une ouverture de forme irrégulière, assez grande pour permettre l'introduction facile d'un gros stylet boutonné. Le méconium sortait en petite quantité, mais continuellement, par cette ouverture. Les cris et les efforts de l'enfant accéléraient cet écoulement.

» De chaque côté de cet anus contre nature se développaient deux protubérances anfractueuses, ayant chacune la forme et le volume d'une grosse amande.

» Elles étaient placées parallèlement sur une direction oblique; elles se touchaient inférieurement par leurs petites extrémités, et s'écartaient supérieurement, au point que leurs grosses extrémités laissaient entre elles un pouce au moins d'intervalle.

Les surfaces de ces protubérances étaient molles, rouges et comme criblées de petites ouvertures, par lesquelles s'écoulait continuellement une sérosité qui avait la couleur et l'odeur de l'urine; le stylet le plus fin pénétrait difficilement dans ces porosités.

» L'anneau ombilical dépouillé de la peau dans l'étendue d'un écu de

six livres, dont le cordon occupait le centre, présentait l'aspect d'une escharre récente.

» On ne sentait aucun corps solide dans la partie occupée ordinairement par les os pubis. Une tumeur molle, indolente, sans changement de couleur à la peau, et du volume environ de la moitié d'un œuf, couvrait la partie inférieure et postérieure du sacrum; elle était inclinée vers la fesse gauche et dépassait tellement l'extrémité inférieure du coccyx, que l'enfant étant couché sur le dos, les fesses élevées, les genoux fléchis et écartés, on en aperçevait une portion.

» Cette tumeur contenait du fluide; et comme elle paraissait prendre naissance des apophyses épineuses du sacrum, on la jugea de la nature du spina-bifida, et on se garda bien d'y toucher.

» Le désordre des parties génitales de cet enfant ne permettait point de décider à quel sexe il appartenait. J'ouvris l'avis de laisser en blanc cet article sur le registre des actes civils, jusqu'à ce que le développement des parties, ou la mort de l'enfant qui paraissait inévitable, permissent de le constater. Cette circonstance, considerée comme question de droit et de médecine légale, ne serait-elle pas digne de fixer l'attention des savans qui s'occupent de cette branche de l'art de guérir?

» Comme l'enfant ne paraissait point souffrir, qu'il tétait assez bien, que le méconium sortait lentement à la vérité, mais suffisamment, pour mettre l'individu à l'abri des effets funestes de la rétention de cette humeur excrémentitielle, je me bornai à engager les parens à maintenir le corps de l'enfant dans une grande propreté.

» Dès le second jour de sa naissance, ce malheureux cessa de vouloir téter; il est vrai qu'il buvait assez bien, à l'aide d'une fiole et d'une éponge, du lait coupé avec de l'eau d'orge.

» Du septième au neuvième jour, la petite ouverture par laquelle les matières stercorales s'échappaient se retrécit insensiblement et finit par n'en plus permettre l'issue, malgré que l'on eût cherché à l'entretenir au moyen de petites tentes d'éponges préparées, et à la dilater avec le bistouri.

» A dater de cette époque, le gonflement et la tension du ventre devinrent considérables; des vomissemens survinrent; et le dixième jour de sa naissance, l'enfant poussait des cris affreux, en faisant de tels efforts pour évacuer, que sa figure devenait violette.

» Tant pour fournir une issue aux matières retenues dans les intestins, que pour tenter de diminuer les angoisses inexprimables que causait à cet infortuné l'impérieuse nécessité des évacuations, je pressai les

parens de consentir à ce que je pratiquasse l'opération de Littre. Ils cédèrent à mes instances, et je la fis le soir même.

« L'enfant couché sur le dos, et fixé par des aides, j'incisai les tégumens, en y formant un pli comme dans l'opération du bubonocèle. Il en résulta une incision de la longueur de deux travers de doigt, suivant une ligne oblique tirée de haut en bas et de dehors en dedans, qui commençait à la hauteur de l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles à deux bons travers de doigt de celle-ci, jusques au-dessous de l'épine antérieure et inférieure du même os. Je divisai ensuite, successivement et avec précaution, le tissu cellulaire, les muscles, les aponévroses, et le péritoine, à l'aide d'une pince à disséquer, et d'une sonde cannelée, dont l'extrémité était un peu aigüe.

» Dès que le péritoine fut ouvert, il s'échappa de l'intérieur de l'abdomen beaucoup d'air qui y était renfermé, indépendamment de celui qui distendait les intestins. Les cris de l'enfant poussèrent dans la plaie une portion du tube intestinal, que je ne pus dégager en totalité pour passer un fil dans le mésocolon afin de le fixer. L'obstacle était causé par des adhérences que cette portion d'intestin avait contractées avec les parties voisines; adhérences que je regardai comme dangereuses et difficiles à détruire. J'ouvris alors l'intestin engagé dans la plaie, selon sa longueur; il en sortit sur-le-champ beaucoup d'air et de matières stercorales. Le ventre se détendit et l'enfant cessa de crier; je formai une espèce de double tente de charpie, dont les brins réunis en faisceau, avec un fil très fin, et imprégnés de cérat consistant, présentaient assez de solidité pour fixer la portion ouverte du tube intestinal dans la plaie. Chaque portion de tente fut introduite, l'une en haut, l'autre en bas, dans l'intestin ouvert, et les extrémités des brins de charpie qui avaient servi à les former furent épanouies et fixées sur la peau. Je recouvris ensuite la plaie d'une compresse fine, fenêtrée et trempée dans le vin miellé; je garnis les bords de charpie, puis de compresses, et je soutins le tout avec le bandage inguinal.

» Il fut recommandé de tenir l'enfant couché et incliné du côté de la plaie, afin de favoriser l'écoulement des déjections et pour en prévenir l'épanchement dans la cavité abdominale.

» Le lendemain de l'opération, quoique l'appareil fût inondé de matières stercorales, l'enfant éprouvait encore des vomissemens; cependant il avait bu plusieurs fois, et il était calme.

» Jusqu'à la fin du quatorzième jour de sa naissance, époque à laquelle cet enfant a succombé, il a continué de rendre des matières par

la plaie assez librement; mais ayant insensiblement cessé de boire, il s'est éteint sans angoisses. Ainsi, l'opération de Littre qui, dans ce cas, ne pouvait que prolonger la vie et non la conserver, a servi au moins à en rendre la fin plus supportable.

» Trois jours avant la mort de cet infortuné, assistant à une séance de la société de médecine, je rendis compte verbalement de ce fait singulier. Le professeur Chaussier assura que la vessie de cet enfant était retournée et que les os pubis manquaient. On convint que l'enfant ne pouvait vivre; et MM. Chaussier, Sedillot jeune et Léveillé me prirent de venir chez moi pour assister à l'examen du cadavre.

» Nous y procédâmes le 16 prairial an 10. Je n'entreprendrai point de décrire les désordres de la masse cérébrale, et de ses prolongemens, de l'extrémité inférieure du canal spinal, et du *spina-bifida*, par lequel elle se terminait, ni des vices des os du bassin. Je me suis empressé de remettre ces pièces au professeur Chaussier qui me les a demandées pour les joindre à d'autres qui lui sont analogues et qu'il rassemble chez lui, afin de les employer un jour dans un travail général sur cette matière, dont il se propose d'enrichir la science. Je me bornerai donc à ce simple exposé des principaux faits :

» Nous vérifiâmes que les os pubis manquaient entièrement; que les protubérances anfractueuses remarquées sur l'hypogastre par les porosités desquelles s'écoulaient les urines, n'étaient autre chose que la membrane villeuse de la vessie qui se trouvait véritablement retournée.

» Les reins occupaient leur place ordinaire; ils avaient chacun un uretère qui aboutissait extérieurement aux protubérances, non par une ouverture propre à chacun d'eux, mais par une espèce de renflement percé d'une infinité de porosités qui laissaient transsuder les urines.

» Nous cherchâmes vainement les gros intestins, ils n'existaient point.

» L'iléon se terminait, en se rétrécissant, par un prolongement de la forme et de l'étendue de l'appendice du cœcum. Cet appendice aboutissait à la petite ouverture de l'hypogastre qui fournissait une issue imparfaite au méconium.

» La portion ouverte de l'intestin iléon, qui répondait à la plaie pratiquée dans la région iliaque gauche, était retrécie par les adhérences récentes que ses bords avaient contractées avec le péritoine et les lèvres de la plaie des tégumens; de cette plaie, jusqu'à l'appendice qui terminait l'iléon, cet intestin présentait environ quatre pouces de longueur; en général, toutes les circonvolutions se montraient phlogosées, et adhérentes entre elles.

» L'enfant appartenait au sexe masculin : nous trouvâmes les testicules placés intérieurement près des anneaux des muscles du bas-ventre.

» Les autres viscères paraissaient assez bien conformés : le foie seulement offrait un volume plus considérable que dans l'état naturel.

» L'observation que j'ai eu l'honneur de communiquer à la société, il il y a quatre ans, et celle dont il est question aujourd'hui, autorisent, ce me semble, à penser que le succès de l'opération de Littre, dans le cas d'imperforation de l'anus et d'impossibilité absolue de rétablir cette ouverture à l'endroit naturel, soit par le trop grand éloignement du rectum de la peau du périnée, soit par son absence, etc., est subordonné à des circonstances qu'on ne peut ni prévoir, ni reconnaître avant de la pratiquer; il est important d'être prévenu de cette sorte d'incertitude, pour se diriger plus sûrement dans le pronostic porté en pareille occurrence, et pour se former une idée juste des espérances et des craintes que l'on doit concevoir dans ces différens cas.

» Le fait que je viens d'exposer prouve encore qu'on n'est pas toujours certain, en pratiquant l'opération, de rencontrer l'intestin colon, et que l'on peut y suppléer en ouvrant la portion d'intestin grêle qui se présente dans la plaie. Si cette circonstance malheureuse ne laisse point l'espoir d'assurer la durée de la vie de l'enfant, elle fournit au moins le moyen de calmer ses souffrances, et de rendre ses derniers momens moins cruels. »

1809. — DURET.

Dans la Thèse de M. Miriel de Brest, soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 3 avril 1835, on a rapporté le deuxième fait de Duret :

Opération d'anus artificiel, pratiquée par le procédé de Littre, sur un enfant imperforé qui a vécu quatre ou cinq jours.

« Le 19 mai 1809, on apporta à M. Billaut, D. M., un enfant mâle âgé de deux jours, qui depuis sa naissance n'avait pas rendu de méconium, et qui présentait tous les symptômes de l'imperforation anale. L'enfant examiné, M. Billaut reconnut qu'il n'avait point d'anus au lieu où le rectum se termine ordinairement, qu'il n'existait qu'un petit tubercule gros à peu près comme la moitié d'un petit pois, sans qu'aucun autre signe annonçât la présence de l'intestin. Désirant soulager cet enfant, il fit une incision profonde au lieu où le rectum devait répondre; mais ce fut en vain. Après cette tentative, il confia l'enfant au praticien

célèbre à qui le sujet de l'observation précédente devait l'existence (Duret). L'opération, décidée, fut faite de la manière suivante : l'enfant convenablement placé sur une table, une incision fut faite entre la crête de l'os des îles et le bord des fausses côtes gauches ; la peau et les muscles furent d'abord divisés avec précaution ; une sonde cannelée fut introduite entre le péritoine et les intestins ; cette membrane incisée dans une étendue suffisante, l'opérateur saisit l'S du colon, en fit sortir une portion dans la plaie faite aux tégumens, puis la fixa dans cette ouverture au moyen d'un fil passé dans le mésocolon et incisa ensuite l'intestin suivant sa longueur. Les gaz et le méconium sortirent en abondance ; l'enfant, soulagé à l'instant même, s'empara avec avidité du mamelon qu'on lui présenta ; il le suça même avec force, ce qu'il n'avait pu faire depuis sa naissance. Un simple pansement fut fait; les linges se trouvèrent le lendemain pleins de méconium. Le ventre était souple, l'enfant poussait des cris, mais faiblement ; le mieux, sous tous les rapports, continua les jours suivans. Enfin le 24 (quatre ou cinq jours après l'opération), on le trouva mort sans aucune cause connue.

» *Autopsie.* — Après avoir fait à la peau une double incision qui formait une espèce d'ovale très étendu et mettait à même de voir l'adhérence établie entre l'ouverture des tégumens et la portion de l'intestin sortie, M. Duret, à la suite d'une dissection exacte, dirigea son examen et l'attention des spectateurs sur l'incision où était le siège du vice de conformation. Plusieurs injections et insufflations furent faites avec ménagement, et toute l'assemblée fut pleinement convaincue qu'il n'existait aucune communication entre la vessie et le rectum. Ce dernier formait un cul-de-sac qui ne donnait passage à aucun de ses fluides; il était adhérent à la vessie d'une manière intime; en vain fit-on des tentatives séparément et par le canal de l'urètre, et par l'ouverture faite à l'S du colon, pour faire passer de l'air de l'une de ces parties dans l'autre : on ne put y réussir, et toujours il s'établissait entre ces deux organes une ligne de démarcation si bien tranchée, et si facile à voir, surtout après avoir enlevé le tissu cellulaire et le péritoine qui leur servent de moyen d'union, qu'il fut on ne peut plus clairement démontré qu'il n'y avait aucune relation entre les cavités du rectum et la vessie. L'extrémité imperforée du rectum se trouvait à peu près éloignée d'un pouce du lieu où l'anus aurait dû se rencontrer. Cet espace était rempli par du tissu cellulaire ; tous les viscères de l'abdomen, ainsi que des autres cavités, étaient dans l'état le plus sain ; les premiers ne contenaient point ou du moins très peu de matières fécales, ce qui prouve que l'évacuation s'en faisait librement. La portion fixée à la plaie était bien l'S du colon:

des adhérences avec les parties voisines étaient déjà établies. Tous les médecins qui ont concouru par leur présence à cet examen sont restés persuadés que l'enfant a succombé faute de nourriture, et qu'il n'eût pas été moins heureux que l'individu opéré par Duret, s'il avait été confié aux soins d'une nourrice abondamment pourvue d'un lait plus riche en principes nutritifs que celui de la femme débile entre les mains de laquelle il avait éte remis. »

1813. — LEGRIS.

Dans la Thèse de Serrant de Saint-Malô, 1814, Montpellier, on trouve le passage suivant :

Opération d'anus artificiel, par le procédé de Litre, sur un enfant imperforé qui a vécu dix-sept jours.

« M. Legris, docteur en médecine, chirurgien entretenu de première classe de la marine à Brest, a pratiqué cette opération sur un enfant chez eq uel, avec l'imperforation de l'anus, le rectum s'ouvrait dans le canal de l'urètre. La mort du sujet survint dix-sept jours après l'opération; l'ouverture du cadavre fit voir qu'une portion d'intestin grêle s'était étranglée près de l'angle supérieur de l'anus artificiel, et qu'une péritonite à laquelle les parens donnèrent lieu par des actes d'imprudence causa cette fatale terminaison. »

1814. — SERRAND.

Dans sa Thèse, soutenue à Montpellier en 1814, M. Serrand a consigné le fait suivant :

Opération d'anus artificiel, par le procédé de Littre, sur un enfant imperforé qui vivait encore au mois de décembre 1814, c'est-à-dire, vingt-deux mois après l'opération.

« Le 26 janvier 1813, on apporta à l'hospice civil de Brest, dont j'étais prévôt, chargé par M. Cornus, médecin de cette maison (bon père et bon époux, ce praticien instruit est également aimé de ceux qui ont avec lui des rapports de service, qu'il est chéri de sa famille), et sous ses auspices, de la partie chirurgicale, un enfant femelle, baptisée sous les noms de Marie Perine, née le 23 du même mois, présentant une imperforation

du rectum à un pouce et demi de l'anus, qui était naturellement conformé. La sage-femme qui apporta cet enfant avait infructueusement essayé les sirops laxatifs et les lavemens : ceux-ci, rencontrant l'obstacle produit par le vice de conformation, refluaient aussi vite que la seringue se vidait; ce qu'elle attribua à toute autre cause, jusqu'au moment qu'effrayée par les accidens qui se manifestaient, elle consulta M. Miriel, médecin de cette ville, qui, ayant reconnu la cause de l'état extrême de l'enfant, l'envoya à l'hospice, attendu que sa mère n'était pas connue, soixante heures après sa naissance. Alors le ventre était très distendu et douloureux par l'accumulation des matières; à une respiration courte et entrecoupée se joignaient de fréquens vomissemens et des hoquets continuels; la faiblesse de l'enfant était telle, que l'on entendait à peine les plaintes expressives de ses douleurs (1).

La résistance du bourrelet ligamenteux terminant le cul-de-sac; l'incertitude de l'état de l'intestin à sa partie inférieure et de la distance à laquelle se terminait sa cavité; la probabilité du défaut de rapport entre l'ouverture de l'anus et celle du rectum (en supposant la possibilité d'atteindre cet intestin), ce qui eût probablement occasionné des infiltrations mortelles, ainsi qu'il est arrivé à MM. Sabatier, J.-L. Petit, Angerand, etc., etc.; enfin, la faiblesse extrême de l'enfant, dont les fréquentes suffocations faisaient craindre une fin prochaine, déterminèrent sur l'indispensable nécessité d'arracher ce petit moribond à une mort évidente, en donnant une issue prompte aux matières accumulées dans le tube intestinal, par l'ouverture du colon, suivant le procédé de Littre, exécuté avec succès par M. Duret, et depuis par un chirurgien de Lyon. Chargé par M. Cornus d'exécuter cette opération, je consultai M. Duret sur son procédé; et l'ayant informé de l'état de l'enfant, ce praticien partagea l'avis proposé, regardant l'opération de Littre comme le seul moyen offrant quelque probabilité pour le salut du petit sujet.

» En présence de M. Cornus et de plusieurs chirurgiens de la marine, docteurs-médecins, je pratiquai l'opération de la manière suivante :

» Après avoir convenablement placé et fixé l'enfant par deux aides, et après m'être assuré de la région occupée par l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, je fis une incision oblique en haut et en dehors, commençant devant et à six lignes de cette épine; les tégumens furent divisés dans l'étendue de deux pouces.

(1) La saillie observée par quelques praticiens vers la région iliaque gauche, et marquée quelquefois par un point noirâtre, qui constitue un lieu de nécessité pour l'opération de Littre, n'existait nullement.

» Les tégumens, les muscles et le tissu cellulaire inter-musculaire ayant été incisés avec les précautions convenables, je parvins jusqu'au péritoine, dans la cavité duquel je pénétrai; cette membrane fut ensuite divisée avec une sonde cannelée, dans une étendue suffisante; l'issue d'une grande quantité de fluide péritonéal suivit immédiatement l'ouverture de cette cavité.

» Une portion d'intestin grêle se présenta aussitôt à cette ouverture (*cette complication se rencontra aussi dans la même opération exécutée par M. Legris, dix-neuf jours auparavant*).

» L'extrême dilatation de l'intestin, produite par les matières qu'il contenait, et sa couleur rouge très foncée, nous laissèrent un instant incertains sur la partie du tube intestinal à laquelle cette portion appartenait; cette incertitude était d'autant plus fondée, que l'anatomie nous apprend que, dans le fœtus, les bosselures de l'intestin colon n'existent pas, et que les bandes longitudinales, peu sensibles dans l'état naturel, pouvaient être effacées par la dilatation de l'intestin.

» Cette portion, reconnue à sa mobilité et à la résistance venant du côté interne, lorsque j'exerçai une légère traction, fut aussitôt réduite, et bientôt le colon se présenta à l'ouverture; après l'avoir fixé avec le pouce et l'index de la main gauche, je portai une aiguille courbe, armée d'un fil ciré, dirigée par l'ongle de ce dernier doigt, jusqu'au mésocolon, que je traversai de dedans en dehors, avec la précaution d'éviter l'intestin (1).

» Fixé dans la plaie des tégumens au moyen de l'anse de fil, le colon fut ouvert sur sa convexité, et suivant sa longueur, dans l'étendue d'un pouce; aussitôt, cette ouverture donna issue à une grande quantité d'air et de méconium; le hoquet et les vomissemens cessèrent; la plaie fut pansée à plat, et l'abdomen, fréquemment fomenté, s'affaissa sensiblement dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'opération.

» Le lendemain, l'enfant tétait avec avidité; la chaleur et la couleur de la peau prirent leur état naturel; les linges qui l'entouraient étaient remplis de méconium, et il faisait entendre les cris naturels de cet âge.

» Le troisième jour, deux hémorragies considérables me firent craindre une terminaison fâcheuse : *considérées comme saignées locales, ces hémorragies n'ont-elles pas été avantageuses, en prévenant une*

(1) Si l'on opère sur un enfant femelle, il est important, dans ce temps de l'opération, de se rappeler la situation libre et flottante de l'ovaire dans la partie interne de la fosse iliaque, pour éviter de la comprendre dans l'anse de fil. Je tiens d'un médecin de cette ville, qu'en passant le fil dans le mésocolon, il comprit l'ovaire dans l'anse, ainsi que le lui prouva l'ouverture du cadavre.

trop grande exaltation des propriétés vitales dans les parties comprises dans l'opération?...

» Depuis cette époque jusqu'au treizième jour de l'opération, l'enfant, dont les fonctions s'exécutaient librement, était dans l'état le plus satisfaisant.

» Le quatorzième jour, il se fit un renversement subit que je reconnus bientôt pour appartenir au bout inférieur de l'intestin, l'extrémité de ce renversement ne donnant passage à aucune matière.

» La nourrice de l'hospice, chargée d'allaiter Marie Perine, étant obligée de remplir la même tâche envers d'autres enfans naturels, pour suppléer au lait nécessaire à la nutrition de cet enfant, je lui fis prendre une bouillie faite avec le lait de vache nouvellement trait et la croûte de pain tamisée; elle digéra très bien cette nouvelle substance.

» A l'âge de trois mois, Marie Perine fut confiée aux soins d'une nourrice *extra-muros*. A cette époque, l'anus artificiel présentait un renversement d'un pouce et demi, et les matières sortaient par une ouverture placée à la partie supérieure de sa base. Depuis le 10 avril, la portion qui formait le renversement était rentrée en totalité; phénomène auquel je ne croyais pas devoir m'attendre, et qui présentait l'avantage de soustraire au contact des agens extérieurs une partie sensible et irritable.

» Quoique cette réduction, qui s'était opérée graduellement, n'eût été secondée par aucun effort de l'art, mais bien par la seule opération de la nature, les observations de MM. Sabatier, Fabrice de Hilden, Hildanus, Albinus et Lecat, qui rapportent des exemples de double renversement où les matières s'évacuaient par le bout supérieur, l'état de Drevez, opéré par M. Duret, qui présente la même disposition; ces observations, dis-je, me faisaient craindre que l'état heureux dans lequel se trouvait Marie Perine ne fût pas de longue durée.

» La suite a justifié mes craintes. Quatre mois après, la nourrice, effrayée de la sortie spontanée de la portion intestinale appartenant au bout inférieur, vint me prévenir de cet incident, dû à l'absence d'un sphincter à l'ouverture artificielle, inconvénient auquel l'art ne peut remédier.

» Marie Perine est actuellement âgée de vingt-deux mois; l'exécution de ses fonctions est libre et facile, et malgré la sensation désagréable que peut lui occasionner le contact de la chemise sur la muqueuse de la portion d'intestin renversée et sortie (1), elle se livre avec joie à tous les exercices enfantins de son âge. »

(1) Lorsque cette enfant sera plus âgée et par conséquent susceptible de

1815. — FREER.

Opération d'anus artificiel par le procédé de LITTRE, sur un enfant imperforé qui a survécu trois semaines.

Dans le *London medical phys. Journal*, 1821, Pring dit « que chez un enfant né sans anus, et chez lequel on ne put atteindre le rectum à l'aide d'un troisquart, Freer établit un anus artificiel en ouvrant le colon dans la fosse iliaque gauche; une grande quantité de méconium fut évacuée, et durant trois semaines que l'enfant vécut, les matières passèrent librement par la plaie; l'enfant tétait et dormait bien; il semblait ne pas souffrir. Mais il mourut de marasme. L'intestin ouvert adhérait fortement à la plaie des parois de l'abdomen, et il n'y avait aucune apparence d'inflammation des intestins et des autres viscères. Dans ce cas, quoiqu'elle se soit terminée d'une manière fâcheuse, l'opération avait, sans aucun doute, prolongé la vie de l'enfant. »

1816. — MIRIEL PÈRE.

Dans la Thèse de M. Miriel fils, on trouve l'observation de la première opération d'anus artificiel pratiquée avec succès par son père :

Opération d'anus artificiel, par le procédé de LITTRE, sur un enfant imperforé, qui vivait encore le 3 avril 1835.

« Le 16 mai 1816, mon père (M. Miriel) accoucha madame *** d'une fille qui lui parut bien conformée, et qui, à plusieurs reprises, but de l'eau sucrée et saisit le sein sans se plaindre. Dans la nuit du 16 au 17, elle refusa toute boisson et commença à vomir. Le 17 au matin, mon père fut prévenu de ces accidens. Présumant de suite, aux symptômes qui existaient, qu'il avait affaire à une imperforation du tube digestif, il examina l'organe de la défécation. L'anus était bien conformé. Ayant essayé d'introduire une sonde dans le rectum, il fut arrêté par un obstacle situé à six lignes de hauteur : bientôt, par l'exploration faite au moyen du pe-

connaître les avantages d'une boite, d'une forme appropriée, destinée à recevoir les matières fécales, laquelle sera fixée à une espèce de ceinture, soutenue par des bretelles qui seront placées de manière à ne pas gêner le développement des mamelles, il sera facile d'obvier à l'inconvénient de l'issue continuelle des excrémens.

tit doigt, il acquiert la certitude du vice de conformation. M. Duret, ayant aussi exploré, ne sentit aucune fluctuation, et le plancher du rectum lui parut même d'une épaisseur très grande et d'une forme inappréciable. L'incertitude d'une incision ou d'une ponction faite par un instrument nécessairement un peu dirigé au hasard dans des lieux où les écueils sont si nombreux, les accidens consécutifs qui étaient à craindre par la seule étroitesse de l'ouverture pratiquée, l'épaisseur de la cloison, sa forme, firent adopter l'établissement d'un anus artificiel à la région iliaque.

» L'opération fut remise au lendemain 18, afin de s'assurer encore si la pulsion ne deviendrait pas plus apparente; mais l'exploration nouvelle n'ayant rien indiqué, l'opération de *Littre* fut faite par mon père. Comme elle n'a rien présenté de remarquable, je ne la décris pas; seulement je ferai observer qu'il eut bien soin d'éviter de comprendre dans l'anse de fil passée dans le mésocolon la portion de l'ovaire qui, comme tout le monde le sait, est libre, flottante dans la partie interne de la fosse iliaque. Du reste, elle eut un plein succès. Parfaitement guérie, la petite fut abandonnée aux soins de ses parens le 1^er^ juin. Depuis, elle s'est toujours bien portée. La nutrition s'opère à merveille; elle a la fraîcheur, la force des personnes le mieux constituées. »

1820. — PRING.

Dans le *London medical physical Journal*, 1821, on a publié les faits de Pring et de Freer, que je reproduis ici, d'après la traduction qui en a été faite par M. le docteur Costallat.

Opération d'anus artificiel par le procédé de Littre, sur une femme de soixante-quatre ans, qui vivait encore cinq ou six mois après l'opération, époque à laquelle l'observation a été publiée.

« Le cas qui forme le principal sujet du mémoire suivant tire le peu d'intérêt qu'il peut avoir de deux circonstances, celle de la rareté d'une semblable opération en chirurgie, et celle du succès dans un cas où l'expérience générale faisait craindre une issue défavorable.

» Madame White, veuve, mais n'ayant jamais eu d'enfans, âgée de soixante-quatre ans, ayant joui généralement d'une bonne santé, éprouva, dans l'été de 1819, de vives douleurs dans l'abdomen; elles se faisaient surtout ressentir du côté gauche, un peu au-dessous des côtes; ses selles contenaient souvent du sang avec beaucoup de mucosités; sa maladie fut considérée comme une dyssenterie, et fut traitée par le mercure, l'ipéca-

cuanha, l'opium et les minoratifs salins. Au bout de quinze jours la bouche s'affecta, les dents vacillèrent, il se forma un ulcère sur une des joues. Le mercure, interrompu pendant huit jours, fut repris parce qu'il avait paru amender les symptômes de la maladie; mais la bouche s'étant affectée de nouveau, il fallut y renoncer. Cette dame quitta Bath, assez bien rétablie, et retourna chez elle; là elle eut, vers Noël suivant, une nouvelle inflammation de l'intestin, avec constipation opiniâtre : elle était sujette à la diarrhée, et, quand cette diarrhée se supprimait, elle ne pouvait aller à la selle qu'à l'aide des purgatifs.

» Madame White revint à Bath en février 1820; elle me parla alors pour la première fois d'une obstruction qu'elle éprouvait dans les voies inférieures; tout, disait-elle, paraissait s'arrêter en un point, et quand les matières avaient franchi cet obstacle, elle se trouvait soulagée des douleurs qu'elle éprouvait. Ayant introduit mon doigt dans le rectum, je ne reconnus aucun point malade. J'introduisis alors une bougie rectale qui rencontra un obstacle à environ quatre pouces de l'anus; la bougie fut introduite tous les deux jours, et, à la troisième ou quatrième introduction, elle passa librement au-delà de ce que j'avais cru être un rétrécissement. Je ne sais si cette coarctation existait précédemment ou avait été déterminée par l'irritation de la bougie. Une bougie de médiocre grosseur pénétra jusqu'à sept pouces; là, elle fut complètement arrêtée : une bougie urétrale n'alla pas plus loin, et je la ployai en essayant de forcer le passage. Après des tentatives réitérées avec des bougies de diverses grosseurs, le résultat fut si peu satisfaisant qu'il ne fut plus permis d'attendre aucun avantage de ce mode de traitement, je l'abandonnai. Les symptômes n'éprouvèrent ultérieurement que peu de changement. Tant que le ventre était tenu libre par l'usage régulier de l'huile de ricin, du sel d'Epsom, etc., la souffrance était adoucie; mais comme il arrivait quelquefois que ces moyens n'avaient pas de succès, il survenait une constipation dont les plus puissans purgatifs triomphaient à peine, aidés par les lavemens de savon, d'aloès, etc.; c'était à grand'peine qu'on avait obtenu des selles presque tous les jours jusqu'au 25 juin; mais alors l'obstruction, qui avait toujours crû, parut être devenue complète. L'art s'épuisa en vains efforts pour procurer des évacuations; les sels, le séné, l'aloès, la coloquinte, le jalap, la scammonée, la gomme-gutte, l'élatérium, le calomel furent donnés aux plus hautes doses et diversement combinés. L'huile de ricin fut donnée à la dose de trois onces, et comme les vomissemens étaient rares, ces médicamens étaient généralement gardés. On administra aussi des injections de différentes sortes et par différens moyens; elles furent quelquefois gardées pendant une demi-heure, à la dose de quatre

ou six onces, puis violemment expulsées. On essaya de passer une sonde flexible au-delà de l'obstacle, afin de pouvoir introduire des lavemens au-dessus du siége du mal. Il n'est pas certain qu'on ait atteint le but mécanique de cette opération. Le pouls était d'environ quatre-vingt-dix pulsations, rarement au-dessus de cent. La langue était sèche et nette. Point de vomissemens, à moins qu'ils ne fussent excités par la présence de remèdes ou d'alimens.

» L'abdomen était considérablement distendu et légèrement sensible; la malade fut saignée une fois sans aucun amendement, plutôt par précaution que par nécessité; et tous les autres moyens ayant échoué, on donna le laudanum à hautes doses, sans espérance raisonnable et sur la supposition de l'existence d'un spasme. Il devenait évident que l'obstacle, quelle qu'en fût la cause, était insurmontable. Pensant que la mort allait bientôt s'en suivre, comme dans le cas cité par M. White, je résolus de donner à ma malade une chance de vie, en pratiquant un anus artificiel, si elle y consentait. J'avais entendu dire vaguement qu'une telle opération avait été faite par M. Freer, de Birmingham; mais, à cette époque, je ne connaissais pas exactement les détails du cas et de l'opération. Je proposai cette dernière ressource à ma malade, qui ne s'y opposa pas. Néanmoins, je voulus avoir l'avis de M. George Norman, qui, après avoir examiné attentivement la malade, pensa que l'établissement d'un anus artificiel était la seule ressource qui pût prolonger sa vie.

» Le lendemain, 7 juillet, douze jours depuis le commencement de la rétention totale des fèces, je me rendis auprès de la malade avec M. Georges Skinner. Nous trouvâmes que son état, loin de s'être amélioré, avait empiré par la prolongation des souffrances. La malade, désireuse de vivre à quelque prix que ce fût, consentit à l'opération. En conséquence, l'ayant placée sur une table, je fis, au côté gauche de l'abdomen, une incision commençant environ à deux pouces au-dessus, et à un pouce en dedans de l'épine antérieure supérieure de l'os iliaque; cette incision fut étendue obliquement en bas et en dedans jusqu'à trois quarts de pouce du bord du ligament de Poupart. Le fascia qui couvre les muscles abdominaux fut ainsi mis à découvert dans l'étendue de trois à quatre pouces. Une ouverture fut alors pratiquée à travers les muscles oblique externe, oblique interne et transverse, puis agrandie à l'aide d'un bistouri conduit sur mon doigt dans l'étendue de l'incision externe. Le péritoine étant mis à nu, une petite ouverture fut pratiquée dans cette membrane, puis agrandie dans l'étendue de deux à trois pouces. La malade étant violemment agitée et le diaphragme et les muscles abdominaux se contractant avec force, une masse considérable d'intestin grêle fut

poussée au-dehors par la partie supérieure de la plaie; mais elle fut bientôt replacée. Le colon fut ainsi mis pleinement à découvert un peu au-dessus de sa courbure sigmoïde; et, dans ce lieu, je fis une incision d'un pouce et demi en longueur. Cette incision fut faite du côté gauche de l'intestin, dans la vue d'éviter quelques petites branches de l'artère mésentérique inférieure qui se distribuaient du côté droit. Le contenu des intestins fut immédiatement expulsé avec une grande force et à une distance considérable. A mesure que les matières s'échappèrent, l'intestin revint sur lui-même et il commença à quitter sa place. En conséquence, une ligature fut passée à la partie inférieure de l'ouverture et maintenue dans la plaie extérieure jusqu'à ce que les intestins fussent complètement vidés. L'obstacle ne put être senti par le doigt introduit dans la plaie; aussi ne fit-on aucune tentative pour en triompher par cette voie. L'ouverture de l'intestin fut unie à la plaie extérieure par quatre sutures; une en haut, une en bas et une de chaque côté. La plaie des tégumens fut réunie à ses angles par deux sutures au-dessus et une au-dessous de l'ouverture de l'intestin. Elle fut alors pansée avec des bandelettes agglutinatives au-dessus et au-dessous de l'ouverture de l'intestin, et celle-ci fut couverte d'une légère compresse; la malade fut mise au lit.

» L'opération ne fut suivie que d'un très léger trouble général. Il n'y eut pas de vomissemens. La malade se sentit soulagée de la douleur que causait la distension : elle eut plusieurs selles liquides, prit du gruau et dormit un peu dans le courant de la nuit. Le lendemain, la plaie avait un bon aspect, le pouls était entre cent et cent dix, la langue sèche, l'abdomen très peu sensible. Elle prit quelques apéritifs, du gruau et du bouillon. Le troisième jour, la plaie était très-enflammée, et les points de suture disposés à s'ulcérer. Les tégumens ne s'étaient réunis que dans une étendue assez peu considérable; en somme, l'aspect général de la malade était défavorable; son pouls était fréquent et faible, et la langue sèche et ulcérée. On proposa de couper les sutures; mais comme la réunion était encore très-imparfaite, on craignit que les intestins grêles ne fussent poussés au dehors; d'ailleurs nous ne comptions guère sur un résultat favorable, et M. Norman observa qu'il était peu à craindre que les sutures ne coupassent la peau, attendu qu'elles dureraient autant que la malade. A cette époque on ne pouvait pas raisonnablement s'attendre à une autre issue; l'inflammation de la plaie, qui était de nature érysipélateuse, continua à s'accroître, et, en huit ou dix jours, elle produisit une gangrène étendue et la destruction complète de la peau, du tissu cellulaire, du fascia dans l'espace de plusieurs pouces autour de la plaie. Le colon fut mis à nu dans toute l'étendue de l'incision qui y avait été pratiquée; ses

bords se renversèrent. Sa couleur était d'un rouge foncé et l'on vit qu'il avait contracté des adhérences solides avec le rebord musculaire qui l'entourait : durant ce travail de gangrène, la plaie fut couverte de cataplasmes et la malade prit du quinquina, de l'ammoniaque, une confection aromatique, du vin de Porto, du bouillon et des dépuratifs. La bouche, la langue et la gorge, qui étaient couvertes d'aphtes et d'ulcérations, furent plusieurs fois lavées avec une solution d'alun dans du miel et de l'eau.

» L'inflammation, qui avait couvert presque tout l'abdomen et les hanches, avait diminué ; la gangrène s'était bornée environ quinze jours après l'opération. Il y avait alors une plaie large, béante et de mauvais aspect. La destruction du tissu cellulaire et du fascia sous la peau avait été si considérable qu'une sonde en atteignait à peine les limites, dans quelque direction que ce fût; les forces étaient tellement tombées qu'il n'était guère possible d'espérer la cicatrisation d'une plaie aussi étendue. Elle guérit cependant avec lenteur, et l'adhésion des surfaces d'une large poche qui s'étendait depuis la plaie jusque vers les côtes et dans le dos fut favorisée par un séton.

» Durant les quatre ou cinq premières semaines après l'opération, la malade ne put évacuer volontairement ses urines. Il fallut la sonder deux fois par jour. Elle eut, dans le courant de la cicatrisation de la plaie, des frissons suivis de fièvre, de sensibilité de l'abdomen, quelquefois de vomissemens; elle eut plusieurs attaques d'une inflammation érysipélateuse qui couvrit quelquefois presque tout le dos, les hanches, les fesses et la partie postérieure des cuisses. La région du sacrum s'ulcéra. Cet accident fut très incommode à cause de la sensibilité de la peau, entretenue par le décubitus de la malade sur le dos, et par l'impossibilité de la tenir toujours sèche, les matières fécales s'écoulant presque continuellement. Malgré tous les obstacles et tous les accidens qui s'opposèrent à la guérison, l'état de la malade s'améliora graduellement par des efforts et des soins assidus, Quand sa santé générale était bonne, la guérison de la plaie faisait de rapides progrès ; mais rarement il y avait un amendement continu pendant plusieurs jours de suite ; il survenait de la fièvre, un érysipèle, du malaise ou quelque autre chose qui retardait la guérison. C'était un travail contrarié et précaire, qui demandait beaucoup de ménagemens. Les matières fécales semblaient irriter beaucoup la peau. Il est probable que l'inflammation doit être surtout imputée à cette qualité irritante.

» Si l'on demandait une preuve additionnelle de la nécessité de l'opération dans ce cas, on la trouverait dans la circonstance que la malade

n'a eu aucune espèce d'évacuation par l'anus naturel durant les trois premiers mois qui suivirent l'opération. Comme elle prenait habituellement des médicamens apéritifs, le contenu des intestins était toujours fluide, et leur mouvement péristaltique était extraordinairement excité. Comme la continuité du colon était conservée, il faut en conclure qu'à moins que l'obstacle eût été absolument imperméable, quelques matières fluides auraient passé dans le rectum pendant un aussi long espace de temps, et en auraient été expulsées comme les lavemens l'étaient avant l'opération. Je pensai donc que l'intestin était imperméable et que la portion située au-dessous de la plaie s'était resserrée par défaut de distension et s'oblitérerait avec le temps; mais cette conjecture était erronée, comme le sont souvent les conjectures. Le 1er octobre, plus de trois mois depuis l'arrêt complet du cours des matières, une portion de fèces indurée et allongée passa par l'anus naturel. Depuis, la même évacuation s'est reproduite irrégulièrement. Mais ces matières ont un trop petit volume pour qu'on puisse espérer que le calibre de l'intestin se rétablisse jamais.

» L'ouverture artificielle n'a montré aucune disposition à se resserrer; les bords de l'incision de l'intestin, dans le cours de la première quinzaine, s'étaient réunis dans une très petite étendue; aussi l'ouverture est-elle coupée, à sa partie inférieure, par une bride qui laisse, en haut, un large pertuis et un petit en bas. Les fèces s'écoulent surtout par le premier.

» Il y a environ un mois, la malade a eu une attaque d'apoplexie, suivie d'une complète paralysie du bras droit. Elle fut saignée, purgée et couverte de vésicatoires. Le bras fut plusieurs fois plongé dans l'eau chaude, et frotté avec un liniment stimulant. Elle reprit l'usage de son bras en quatre jours et sa santé fut aussi bonne qu'auparavant.

» Quinze jours après l'attaque, elle se plaignit de douleurs, de vertiges, d'un sentiment de pesanteur dans la tête, et elle eut une nuit agitée. On lui fit des scarifications à la nuque, au moyen desquelles on retira dix onces de sang, et on la purgea avec une prise de calomel, de sels et de séné. En peu de jours elle fut délivrée de ses souffrances.

» L'anus artificiel est maintenant établi depuis cinq ou six mois. L'objet de l'opération a été complètement atteint. La santé paraît bonne, et cette dame n'a plus éprouvé les accidens dyssentériques auxquels elle était sujette auparavant.

» Son pouls est ordinairement de soixante-dix pulsations, sa langue nette, son teint fleuri, sa digestion bonne et son estomac tire si bien parti des alimens, qu'elle peut se contenter d'un régime très sévère.

» Elle a repris son embonpoint en grande partie; elle peut se lever et même se promener dans la maison, mais elle ne s'est pas hasardée souvent à cette dernière expérience. Elle a généralement une ou deux selles par jour, et, à tout prendre, elle n'éprouve pas, du mode d'évacuation, autant d'inconvénient qu'on aurait pu s'y attendre. Quand elle est debout, l'intestin a une grande disposition à la procidence. Il n'en serait pas ainsi, si la peau qui le couvrait ne s'était pas malheureusement gangrénée; cependant, le prolapsus n'est pas considérable. C'est simplement un allongement de la partie de l'intestin qui est à découvert. On espère que cette disposition au prolapsus diminuera quand on sera parvenu, à l'aide de l'expérience, à améliorer l'appareil qu'elle porte.

» Elle a un bandage à peu près semblable à celui pour l'exomphale, construit avec un ressort circulaire, et une large pelote qui contient un ressort à boudin et qui est maintenue en place au moyen de courroies. Mais cet appareil ne fait pas aussi bien qu'une compresse maintenue par une bande que l'on serre fortement autour d'elle.

» Cet anus artificiel fut pratiqué plutôt d'après l'analogie des hernies étranglées, que d'après des précédens. J'ai depuis trouvé qu'une incision dans le colon a été faite pour la première fois par M. Duret, chirurgien à Brest, sur un enfant né avec un anus imperforé, sur qui la terminaison du rectum ne put pas être découverte par une incision pratiquée au lieu naturel de cette ouverture.

» Ce cas qui est, je crois, le seul, a été rapporté par Sabatier : M. Callisen, chirurgien de Copenhague, a proposé de mettre à découvert le côté gauche du colon dans la région lombaire, où il le suppose en dehors du péritoine, et d'y faire une incision entre le bord des fausses côtes et la crête de l'iléon, parallèle au bord antérieur du carré des lombes. Cette opération a été pratiquée sur le cadavre avec difficulté par M. Callisen; et son exemple ne doit pas être imité sur le vivant, car il ne promet aucun avantage.

» Je reviens à l'observation de ma malade, M^me^ de White. Il est bon de remarquer que les inconvéniens d'un anus artificiel ne sont pas tels dans sa position qu'ils lui fassent regretter le parti qu'elle a pris de se soumettre à l'opération.

» Au contraire, loin qu'elle ait à s'en plaindre, je pense que sa position a été améliorée tant au moral qu'au physique; car elle n'est plus en quête de quelque chose qui l'intéresse, et elle a maintenant une occupation pour le reste de ses jours.

» Ainsi, il paraît que sur quatre cas la formation d'un anus artificiel par l'incision du colon a réussi dans deux: une fois dans un cas d'anus imperforé, et la seconde dans un cas d'un rétrécissement insurmontable.

Dans les deux cas malheureux, la réussite a été si voisine, qu'on regardera peut-être leur issue funeste plutôt comme une exception que comme un résultat constant. »

1818. — FREER.

Opération d'anus artificiel, par le procédé de Littre, sur un homme de quarante-sept ans ; mort huit jours après l'opération.

« Le 24 décembre 1817, je fus prié de me trouver en consultation avec les docteurs Johnstone et Delys de Birmingham, et M. Short, chirurgien de Solihull, pour M. Lowe, riche fermier, demeurant à environ sept milles deBirmingham. M. Lowe, âgé d'environ quarante-sept ans, régulier et tempéré dans toutes ses habitudes, avait joui d'une bonne santé non interrompue ; mais, il y a quinze mois, il commença à souffrir d'une dyspepsie accompagnée d'une diminution dans la sécrétion de la bile. Le docteur Johnstone lui avait prescrit par intervalles, et avec un avantage momentané, des mercuriaux, au point de produire une légère affection des gencives ; il avait aussi ordonné quelques toniques. Le malade avait aussi fait usage de l'eau de Leamington. Au moment où je le vis, il se plaignait d'une douleur sourde et fixée à la partie inférieure du ventre ; et il était troublé de flatuosités et d'autres symptômes dyspeptiques ; il était extrêmement constipé, et les fèces étaient comprimées d'une manière extraordinaire ; il avait aussi quelque difficulté à uriner.

» En introduisant le doigt dans l'anus, nous reconnûmes qu'il existait une contraction du rectum, mais située si haut qu'elle pouvait à peine être atteinte par l'extrémité du doigt. La prostate était considérablement tuméfiée. Il fut convenu dans la consultation qu'on administrerait fréquemment des lavemens et qu'on emploierait des moyens mécaniques, pour triompher, s'il était possible, du rétrécissement du rectum ; en conséquence des bougies rectales furent employées pendant plusieurs semaines ; l'état général du malade parut s'améliorer, et lui permit de faire un exercice modéré pour les affaires de sa maison. Mais il conservait une grande difficulté à rendre ses selles, et leur aspect montrait que le rectum était aussi resserré que jamais. M. Short nous apprit qu'il ne pouvait porter la bougie au-delà de cinq pouces dans l'intestin ; évidemment la maladie faisait des progrès. Dans ces circonstances, le docteur Delys et moi, nous eûmes une nouvelle consultation avec M. Short. Le malade, qui n'avait pas eu de selles depuis le 27, était très mal à son

aise; le ventre, quoiqu'il ne fût pas plus douloureux qu'à l'ordinaire, était très tendu. De petites doses d'élatérium furent prescrites, ainsi que des lavemens d'aloès, mais sans succès.

» Le 3 février, nouvelle consultation; le malade n'avait point eu de selles et avait vomi, accident très peu ordinaire chez lui. Son ventre était gonflé et dur sans être sensible à la pression. Son pouls était vif, et sa contenance exprimait beaucoup d'anxiété. Nous examinâmes de nouveau le rectum, mais sans atteindre complétement le rétrécissement, et nous ne pûmes faire passer aucune bougie, même les plus petites, à travers la partie rétrécie. Dans ces circonstances, il fut jugé convenable de faire une tentative pour surmonter à l'aide du bistouri le rétrécissement de l'intestin; j'introduisis le mieux que je pus un long bistouri guidé par le doigt indicateur, le long de la face concave du sacrum, jusqu'à ce que je rencontrasse une résistance qui empêchât l'instrument d'aller plus loin; mais tous mes efforts pour diviser le rétrécissement furent impuissans, et, après la sortie de quelques gaz et d'un peu de sang, mais non de matières fécales, le malade fut remis au lit : il prit un opiat et un bain tiède. Le lendemain, nous le trouvâmes soulagé, il avait passé une meilleure nuit que nous n'avions pu nous y attendre; il n'avait plus de nausées; mais il n'était toujours point allé à la selle, malgré plusieurs doses d'huile de ricin et des lavemens émolliens.

» Il devint évident qu'il n'y avait rien à attendre de l'usage des remèdes, la mort était inévitable; nous nous décidâmes donc à proposer au malade comme dernière ressource une opération qui certainement était hasardeuse, mais que l'état désespéré de M. Lowe semblait justifier. C'était l'établissement d'un anus artificiel dans la région iliaque gauche. M. Lowe consentit à subir une opération, quelle qu'elle fût, pour se conserver à sa nombreuse famille.

» La possibilité d'une semblable opération s'était présentée au docteur Delys et à moi, deux ans auparavant. C'était sur un enfant né sans anus et chez lequel on ne put atteindre le rectum à l'aide d'un troisquart. Nous pensâmes que le seul moyen de sauver la vie de cet enfant était de pratiquer un anus artificiel, en ouvrant le colon dans la fosse iliaque gauche. Je pratiquai l'opération : une grande quantité de méconium fut évacuée et, durant les trois semaines que l'enfant vécut, les matières passèrent librement par la plaie; l'enfant tétait et dormait bien; il semblait ne pas souffrir, mais il mourut de marasme. L'intestin ouvert adhérait fermement à la plaie des parois de l'abdomen, et il n'y avait aucune apparence d'inflammation des intestins ou des autres viscères. Dans ce cas, quoiqu'elle se soit terminée d'une manière fâcheuse, l'opération avait

sans aucun doute prolongé la vie de l'enfant, et elle semblait nous autoriser à la recommander pour M. Lowe. Différens cas, rapportés par les chirurgiens, nous ont appris que les blessures du colon sont, toutes choses égales d'ailleurs, moins dangereuses que celles des autres intestins. C'est pour cela que nous regardâmes le colon comme le point le plus convenable pour l'établissement d'un anus artificiel. En outre, une ouverture dans la courbure sigmoïde trouble moins les fonctions de la nutrition que si elle était pratiquée sur un point quelconque de l'intestin grêle.

» Mais comme nous voulions attendre qu'une opération aussi hasardeuse devînt absolument indispensable, nous crûmes devoir encore la différer. Le lendemain, 5 février, M. Short nous écrivit que M. Lowe avait eu une nuit très agitée, qu'il avait vomi plusieurs fois, qu'il était très fatigué par le hoquet, qu'il se plaignait de douleurs dans tout le ventre et qu'il désirait notre présence, résolu qu'il était de se soumettre à une opération quelle qu'elle fût.

» Depuis plusieurs jours nous avions réfléchi à cette opération, et nous étions tombés d'accord que le lieu d'élection pour l'incision externe était la région iliaque gauche, un pouce environ au-dessus de l'épine antérieure supérieure de l'iléon, et un ou deux pouces au devant de cette épine. En conséquence, je fis une incision d'environ trois pouces de long en ce point, et après avoir divisé avec précaution les muscles et le péritoine, je découvris le colon couvert par l'épiploon; j'écartai avec quelque difficulté, à l'aide du doigt, l'épiploon, qui adhérait aux intestins, et après avoir fixé, par un point de suture, le colon à chaque angle de la plaie, je fis une incision longitudinale dans l'intestin, de deux pouces d'étendue. Il y eut immédiatement un jet considérable de matières liquides et très fétides, et beaucoup de gaz s'échappèrent par l'intestin ouvert. Le ventre devint mou, et quoique M. Lowe se plaignît de sa plaie, il dit que ses douleurs avaient beaucoup diminué. Il dut prendre un bain tiède quelques heures après, et M. Short passa la nuit auprès de lui.

» En introduisant l'index dans la cavité de l'abdomen, avant d'ouvrir l'intestin, nous reconnûmes que l'intestin ainsi mis à nu, était d'un volume considérable, et nous présumâmes que c'était le colon dont nous pouvions sentir distinctement la bande longitudinale. L'incision extérieure avait été faite à dessein aussi petite que possible, dans la crainte que les intestins, étant excessivement distendus, ne s'échappassent avec une grande violence par la plaie. Nous avions été tellement gênés par cet accident en opérant sur des intestins de chien, que nous le redoutions extrêmement; mais M. Lowe supporta

l'opération avec tant de calme, qu'il ne survint rien de pareil, et nous pûmes faire l'examen le plus attentif de l'intestin, avant de procéder à son ouverture. Après que l'intestin incisé eut été évacué abondamment par sa contraction spontanée d'abord, puis par une injection d'eau chaude, j'introduisis l'index dans l'intestin, et, mon doigt cheminant en haut et en arrière, vers le rein gauche et en bas vers la courbure sigmoïde du colon, je fus confirmé dans l'opinion que c'était bien le colon que j'avais ouvert.

» 6 février, lendemain de l'opération, M. Lowe, depuis que nous l'avions quitté, avait eu plusieurs évacuations liquides par la plaie, et il en était sorti beaucoup de vents. Le ventre était mou et sans douleur; mais le malade se plaignait de souffrir beaucoup dans les lombes. Son pouls était fréquent, et sa langue chargée; une mixture apéritive avec la rhubarbe et la magnésie fut prescrite, ainsi qu'un opiat le soir.

» 7 février, M. Short nous informa que M. Lowe s'était plaint de vives douleurs dans le ventre, et que, ayant senti que son pouls devenait dur, il avait cru devoir tirer douze onces de sang du bras. La douleur avait diminué par la saignée; et le pouls, quoique fréquent, était devenu mou. Le malade se plaignait toujours de ressentir une douleur intolérable dans les lombes; néanmoins, il rendait ses urines très librement; la plaie avait un bon aspect; et des matières fécales ténues s'étaient écoulées sans obstacle par l'anus artificiel. Il y avait des borborygmes continuels dans l'abdomen, qui cependant était mou et insensible à la pression.

» 8 février, comme les évacuations alvines ne s'étaient pas faites avec autant de facilité depuis la veille, on crut nécessaire d'injecter un lavement d'eau tiède par la plaie du colon. Le liquide passa sans peine et sans douleur, mais il n'entraîna point de matières fécales; la douleur dans les lombes persistait sans amendement; le malade était fatigué par un hoquet presque continuel et par une soif très grande; la langue était sèche, chargée et le pouls fréquent. Une purgation avec le calomel et la rhubarbe fut prescrite, et un opiat pour le soir; et M. Lowe dut prendre, au moment où le hoquet était le plus pénible, une cuillerée à bouche d'une mixture camphrée où entraient l'élixir parégorique et l'éther sulfurique.

» 9 février, le purgatif avait fort bien agi, l'opiat avait été pris le soir; mais la nuit n'en avait pas été moins agitée; et le hoquet était toujours très fatigant.

» 10 février, point de changement notable, l'intestin adhérait évidemment à la plaie; je pensai pouvoir retirer les ligatures, qui s'étaient relâchées; le malade avait eu encore une nuit sans repos.

» 11 février, M. Lowe avait passé une nuit un peu meilleure, mais il était extrêmement abattu, et la physionomie exprimait l'anxiété. Jusqu'alors il n'avait pas eu d'appétit, et il ne pouvait pas dire qu'il en eût à ce moment ou que cet appétit fût naturel; mais il se plaignait de sentir son estomac tomber, et il ne se délivrait de cette sensation qu'en prenant très fréquemment des alimens en très petite quantité. Pendant longtemps et surtout depuis que l'obstacle s'était invétéré, il n'avait vécu que d'alimens liquides, très légers et très substantiels; ses boissons avaient toujours été de l'espèce la plus douce, de l'eau d'orge, par exemple. Depuis hier, comme il se sentait extrêmement faible, il lui avait été permis, sur sa propre demande, de prendre un peu d'eau et de vin. Son pouls était très fréquent et très faible; sa langue nette, mais sèche; la soif intolérable, et la bouche pâteuse.

» 12 février, M. Lowe paraissait mieux, et il avait passé une nuit tranquille. Il avait eu plusieurs selles, quelques unes semblables, en apparence, au méconium, et d'autres d'une couleur verdâtre comme celles d'un enfant. Le hoquet durait et était toujours très pénible; le malade avait évacué, par l'anus, une grande quantité d'un fluide très foncé, qui ressemblait à du sang dans un état de putréfaction, mêlé à un peu de matière excrémentitielle. On lui prescrivit une mixture apéritive avec la teinture de rhubarbe.

» 13 février, nuit très agitée; et quoiqu'il eût eu peu de sommeil, le malade ne s'en trouvait pas rafraîchi, il croyait n'avoir pas dormi du tout. Il paraissait plus inquiet et plus abattu que jamais; il désespérait de sa guérison; son pouls était très fréquent et très faible, la peau froide et visqueuse; la soif très vive, nul appétit; néanmoins le malade continuait à prendre de petites gorgées d'eau et d'eau-de-vie, ou d'eau et de vin. Il avait eu plusieurs selles semblables à celles de la veille. L'état de M. Lowe était tel qu'il ne laissait plus aucun espoir de salut; cependant, comme le ventre était tendu, et que les selles n'étaient pas naturelles, on jugea convenable de revenir à la teinture de rhubarbe, afin de réveiller l'action des intestins, et de faciliter la sortie des gaz et des matières; ce qui lui procurait toujours du soulagement. Depuis la veille, l'intestin s'était renversé d'environ trois pouces; chûte semblable à celle de l'anus; mais on le replaça facilement, et il fut maintenu à l'aide d'un bandage légèrement compressif.

» 14 février, en nous rendant, M. Delys et moi, à Solihull, nous rencontrâmes un messager de M. Short qui nous apprit que M. Lowe était mourant. Nous priâmes M. Short de demander l'ouverture du corps; mais ni lui ni nous ne pûmes l'obtenir des parens du défunt.

1820. — OUVRARD d'Angers.

Opération d'anus artificiel, par le procédé de Littre, sur un enfant imperforé.

Ce fait, seulement indiqué par M. Velpeau, n'a point été publié.

1822. — MIRIEL père.

Dans la Thèse de M. Miriel fils, Paris, 1835, on trouve l'histoire très abrégée de la deuxième opération d'anus artificiel, pratiquée avec un complet succès par son père.

Opération d'anus artificiel par le procédé de Littre, sur un enfant imperforé qui a survécu.

« Le 26 janvier 1822, M. Debourgues, médecin distingué de Brest, reçut un enfant mâle présentant tous les signes d'une bonne conformation. Deux jours s'écoulèrent sans accident; cependant les parens remarquèrent qu'il n'y avait eu aucune expulsion de méconium, et que le ventre était dur et ballonné. L'accoucheur, appelé, prescrivit de légères frictions sur le ventre, du sirop de chicorée avec de l'huile d'amandes, des lavemens émolliens. Vingt-quatre heures s'étant écoulées et les accidens s'aggravant, M. Debourgues soupçonna une cause contre nature et introduisit une sonde dans le rectum, qu'il trouva oblitéré à la hauteur de quinze lignes. La cloison étant très épaisse, et le toucher n'indiquant rien, il appela mon père en consultation, et, en raison des succès qu'il avait obtenus, le pria de faire l'opération. En effet, le quatrième jour, quatre-vingt-quatre heures après la naissance, mon père (M. Miriel) créa un anus artificiel à la région iliaque, et l'enfant fut soulagé. Les jours qui suivirent l'opération n'offrirent de remarquable que la sortie instantanée de l'intestin, qui dépassait quelquefois de deux pouces. Onze jours suffirent pour la guérison. Depuis ce temps, cet enfant se porte à merveille: l'appareil digestif jouit de la plus parfaite intégrité; le renversement réductible est toujours le même. »

1823. — MIRIEL PÈRE.

Dans sa Thèse, M. Miriel fils a publié la troisième opération d'anus artificiel pratiquée par son père.

Opération d'anus artificiel, par le procédé de LITTRE, sur un enfant imperforé qui a survécu vingt-sept mois.

« Le 26 août 1823, mon père (M. Miriel) fut appelé pour voir un enfant mâle, né le 20, à cinq heures du soir. Cet enfant, fort bien conformé sous tous les rapports, avait une imperforation de l'anus; à peu près à l'endroit où ce dernier doit s'ouvrir, on voyait un tubercule aplati de la largeur d'une lentille, mais dont l'épaisseur était assez considérable pour empêcher de reconnaître le vide de la cavité intestinale, si toutefois elle y aboutissait. Cet opercule ne répondait pas exactement à la ligne médiane, il était incliné à gauche. Par les cris ou efforts que faisait l'enfant, il ne formait pas de saillie, comme cela arrive lorsqu'un liquide n'est pas éloigné; seulement par l'auscultation, on entendit distinctement, à plusieurs reprises, un bruissement pareil à celui qu'un fluide produit lorsqu'il passe d'une cavité dans une autre. Ce singulier phénomène fit présumer 1° qu'il était possible que le rectum fût bien conformé et qu'il ne se trouvait pas à une grande distance de la peau; 2° qu'il existait peut-être une communication entre le rectum et les orgages secréteurs de l'urine. Pour s'assurer autant que possible de l'existence de cette dernière disposition, on examina les linges dans lesquels l'enfant avait uriné. La couleur n'indiquant rien, on resta dans cet état d'incertitude que l'autopsie seule peut faire disparaître. Cependant, l'indication étant toujours la même, mon père essaya inutilement, par l'incision, la ponction, de rétablir la voie naturelle. Après avoir pénétré à plus d'un pouce dans la direction de l'intestin, il renonça à ce moyen pour pratiquer un anus artificiel au ventre. Ce qui l'empêcha de pratiquer de suite l'opération de LITTRE, c'est que dans le cas où, comme cela est arrivé quelquefois, et comme le bruit perçu pouvait encore le faire présumer, le rectum eût communiqué avec les voies urinaires, il ne pouvait y avoir de meilleur moyen de faire cesser cette position vicieuse que par le rétablissement de la voie naturelle. Une incision fut faite près de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, endroit où l'S du colon se trouve et se présente presque seule et très facilement entre les lèvres de la plaie. Lorsque, après l'ou-

verture du péritoine, cette portion intestinale s'est élevée et a fait saillie, mon père l'a saisie et, par un fil, l'a fixée à la plaie, puis ensuite l'a incisée suivant sa longueur. Le méconium est sorti, et l'enfant a été soulagé. Les jours suivans, le mieux a continué. Le huitième jour après l'opération, on a enlevé le fil et l'on a abandonné l'enfant aux soins de sa mère. Cet enfant a vécu jusqu'au 10 octobre 1825, c'est-à-dire près de vingt-sept mois; pendant tout ce temps il s'est bien porté, a joui de la vie comme le font tous les enfans de cet âge, et finalement est mort d'une cause étr angère à son infirmité.

» *Autopsie faite le* 11 *octobre* 1825.

» Dimension du sujet, deux pieds deux pouces; poids ordinaire à cet âge. A l'anus artificiel, renversement de l'intestin de trois pouces de long. Le péritoine n'était pas adhérent à l'intestin, ce qui rendait le renversement susceptible de réduction facile. Tous les viscères sains. La portion amenée au dehors pour former l'anus artificiel était bien le commencement de l'S du colon. Le rectum représentait un entonnoir allongé dont la grosse extrémité était en haut, la petite en bas. Cette dernière, dont la fin pouvait recevoir un petit stylet, était un cul-de-sac sans ouverture, qui venait se fixer à la partie postérieure latérale gauche de la vessie, de manière à former corps avec cet organe. Entre cette extrémité et le lieu où l'anus aurait dû s'ouvrir, il y avait deux pouces de distance. Le plancher, formé par du tissu cellulaire et musculaire, était épais; complet, il eût rendu toute opération inutile pour le rétablissement de la voie naturelle. Dans quelques points, les intestins grêles étaient rouges, enflammés. Quatre dents manquaient; enfin cet enfant est mort du travail de la dentition, qui chez lui a été assez pénible pour causer sa perte.»

1824. — MARTLAND.

Dans *l'Edinburg Med. and Surg. Journal*, volume 24, octobre 1825, page 271, on trouve le fait suivant, dont nous devons la traduction à l'obligeance de M. Daniel Maccarthy, élève interne des hôpitaux de Paris.

Opération d'anus artificiel, par le procédé de Littre, sur un homme âgé de quarante-quatre ans qui a survécu.

« Henri Baron, âgé de quarante-quatre ans, bibliothécaire à Hyde, près Manchester, m'appela le 18 juillet 1824. C'était un homme robuste qui jouissait d'une très bonne santé jusqu'aux trois ou quatre dernier

mois, époque où des douleurs très vives se déclarèrent dans les entrailles, et où le ventre devint sensible de l'ombilic aux pubis. Les selles étaient extrêmement pénibles, et les matières excrétées semblaient passées à la filière. Le 29 juin, la défécation étant impossible, et les coliques (*tormina*) et les ténesmes de plus en plus douloureux; il réclama les secours de la médecine. L'administration de cathartiques puissans produisit trois ou quatre garderobes et un soulagement considérable, bien que momentané. Le 3 juillet, le ténesme reparut avec plus de violence que jamais; des médecines apéritives et des lavemens furent employés sans produire d'autre effet qu'un grand malaise dans les intestins, accompagné de nausées (*sicknew*). Le 4, parut le hoquet qui dura trois jours; au reste, le malade était plus tranquille. A partir de ce jour, il mit en usage les purgatifs les plus drastiques et les lavemens les plus stimulans. Huit gouttes d'huile de croton tiglium furent administrées en une fois, et six onces d'essence de térébenthine données en lavement. On fit essai de bains chauds et froids. Le ventre était alors fort développé et faisait entendre un gargouillement bruyant surtout à la pression, qui, du reste, ne produisait aucune douleur. Le pouls flottait entre quatre-vingts et quatre-vingt-dix. Les fonctions urinaires n'étaient pas troublées; outre des cathartiques, il avait de temps en temps fait usage de sels, et s'était autant que possible abstenu de nourriture, persuadé que satisfaire son appétit serait aggraver son état.

» Dans cet état de choses, il fit trente milles en voiture sans en éprouver de gêne. Je lui fis le lendemain ma première visite; je le trouvai assis, le pouls ferme à quatre-vingt-dix; peu de soif; langue humide, un peu blanche; le ventre tuméfié, indolent à la pression, des borborygmes. La nuit précédente avait été bonne; mais il était préoccupé de sa guérison. Au toucher par l'anus, je sentis une grosse tumeur qui paraissait venir du col de la vessie, et sur le centre de la tumeur, ou plutôt un peu plus près du sacrum, on distinguait une petite fissure ou orifice analogue au museau de tanche. Plus en arrière, le rectum formait cul-de-sac; car les instrumens flexibles poussés dans cette direction se repliaient sur eux-mêmes. On essaya des bougies de divers diamètres, mais sans pouvoir passer le rétrécissement. Il prit un gros de calomel en plusieurs prises, et quelques cathartiques énergiques, sans aucun bon résultat.

» Le 19, pour ma commodité, il fut transporté à Blackburn, à six milles, et fut très fatigué par le voyage. Il prit un mélange de sels effervescens, et en fut rafraîchi.

» 20. M. Barlow le vit, à ma demande, et nous essayâmes sans succès de passer une bougie métallique flexible. Il prit un bain chaud, et reçut

à plusieurs reprises une douche ascendante d'eau chaude, sans aucun soulagement.

» 21. Ventre distendu et douloureux; les borborygmes gènent moins; quatre-vingt-dix pul., peu de fièvre, appétit passable, injections d'eau chaude et boisson effervescente. Le soir un lavement de tabac (deux scrupules par demi - livre d'eau); trois onces seulement furent gardées trois ou quatre minutes; aucun résultat.

» 22. Examiné de nouveau par deux médecins, MM. Bailey et Cort. Il souffrit beaucoup des tentatives qu'ils firent inutilement pour introduire des bougies de différentes espèces. La nuit fut cependant passable; mais le matin du 23, la fièvre avait augmenté; le pouls battait quatre-vingt-dix fois; le ventre dur et tendu, mais insensible à la pression; pas de nausées.

» On annonça alors au malade que la seule chance de salut était dans l'anus artificiel; on lui fit connaître avec franchise les dangers et les incommodités qui suivraient naturellement une semblable opération. Après quelques heures de réflexion, il y consentit, mais demanda qu'elle fût remise au lendemain matin.

» 24. Neuf heures du matin, de la fièvre, cent cinq pulsations; langue chargée, nuit agitée, ventre énormément distendu, donnant à la percussion une résonnance tympanique; peu de douleur, du découragement.

» En présence de MM. Barlow, Bailey, Cort et quelques autres chirurgiens, je fis dans la région iliaque gauche une incision commençant à environ un pouce en haut et en dedans de l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles, et descendant près de quatre pouces en bas et en dedans. Les muscles obliques externe et interne, et le transverse, furent alors divisés dans une étendue égale à celle de la plaie extérieure, et le péritoine mis à nu. J'ouvris alors avec précaution cette membrane avec le bistouri, dans une étendue de deux ou trois pouces; le colon, reconnaissable à ses bandes longitudinales, se présenta à la plaie et fut fixé à chacun des angles de celle-ci par un point de suture; il fut aussitôt incisé dans une longueur d'un pouce et demi, et il s'échappa aussitôt avec une force considérable une grande quantité de fèces liquides et de gaz. On put juger alors de l'opportunité des points de suture qui fixaient l'intestin; car les muscles abdominaux, affaiblis par l'excessive distension qu'ils avaient déjà subie, lui auraient probablement permis de se retirer et de laisser passer dans le sac péritonéal une partie des matières contenues dans la cavité intestinale, ce qui eût sans doute produit une inflammation terrible. Deux autres ligatures furent passées aussitôt que possible entre les bords de la division du colon et les lèvres de la plaie extérieure, à

l'angle supérieur de laquelle l'épiploon faisait hernie; cette circonstance nous occasionna beaucoup de gêne jusqu'à ce que l'épiploon ait été réduit, et cette partie de la plaie réunie au moyen d'un point de suture. Cette hernie était due à la trop grande étendue de l'incision extérieure, qui chez un sujet aussi bien musclé n'aurait pas dû dépasser deux pouces et demi en longueur. Nous cherchâmes à faire pénétrer en haut et en bas une sonde œsophagienne flexible; mais sans succès. De la charpie et une compresse légère formèrent tout le pansement. Continuation de mélange de sels effervescens (limonade gazeuse).

» Dix heures du soir. Beaucoup de soulagement depuis l'opération; un peu de sommeil dans l'après midi; dans la journée il était sorti de la plaie des gaz en grande abondance; quelques boulettes (*scybala*) de la grandeur des billes, et cinq à six litres de fèces liquides; de la fièvre; cent dix pulsations; peau chaude et sèche; langue brune, mais humide; soif vive; pas de nausées; céphalalgie légère; la distension du ventre a cessé; il est indolent à la pression, excepté au voisinage de la plaie, autour de laquelle l'inflammation occupe un espace de un à trois pouces; gruau peu épais dans la journée. Limonade gazeuse, *vulneri applic. paul. ung. simpl.*

» 25. Neuf heures du matin. Une heure de sommeil pendant la nuit; il se trouve bien; un litre de fèces a été rendu, pas de matières moulées. J'espérais qu'il irait à la selle par les voies normales; mon espoir fut trompé. Une grande quantité de mucus brunâtre sortit par la plaie dans la matinée et en irrita les bords, qui sont brunâtres et semblent vouloir se gangréner. La sensibilité autour de la plaie ne dépasse pas trois pouces; le ventre est lâche, d'un volume normal; le pouls à quatre-vingt-seize plus mou; la soif moins vive; la langue plus humide se nettoie; la peau humectée d'une douce transpiration; la céphalalgie a disparu; moral bon; des injections d'eau tiède ont été fréquemment faites dans la plaie, et seront continuées. Limonade gazeuse, *ung.*

» Neuf heures du soir. Mucus brunâtre rendu avec une petite quantité de matières fécales; cent pulsations plus plein, les autres symptômes fébriles diminuent. Limonade gazeuse, *ung.*; cataplasmes de farine de lin fréquemment renouvelés.

» 26. Le cataplasme n'a pas été gardé longtemps, à cause de la grande quantité de mucus et de fèces sortie par la plaie pendant la nuit; un peu de sommeil; la plaie, un peu plus enflammée et sensible à son angle supérieur, est cependant belle; injections fréquentes.

» Traitement *ut suprà*, ajouter au cérat, sol. acétate de plomb, un dragme par demi-once.

» 27. Bonne nuit; l'angle supérieur moins sensible et moins enflammé; les bords se gangrènent; la quantité des matières excrétées par l'anus anormal est considérablement diminuée, et presque pas de fèces mêlés au mucus; quatre-vingt-seize pulsations; langue humide, mais brune à sa base; peau souple, peu de soif, urines naturelles. Huile de ricin, une dragme, *statim repet. omnibus horis donec responderit alvus contin. alia.*

» 28. Une seule prise d'huile de ricin a amené une livre et demie de matières excrémentitielles d'un meilleur aspect. On déplaça le malade pour faire son lit; trois heures de sommeil seulement pendant la nuit; les escarres marchent lentement; une ligature est tombée; l'intestin adhère fortement aux parties voisines; la membrane muqueuse est rouge, mais indolente; la plaie est fréquemment lavée; quatre-vingt-dix pulsations; moins de fièvre; appétit meilleur. Continuation de limonade gazeuse, cérat, acétate de plomb, cataplasme.

» 30. Les escarres des bords se séparent, les fèces ont un aspect naturel et sont régulièrement évacuées par la plaie; soixante-dix-huit pulsations; apyrexie. *Omitt. mistura efferv.* Continuation *ung.* et cataplasme.

» 1^er^ août. Une petite escarre s'est détachée ce matin; bords de la plaie un peu plus douloureux; évacuations régulières; pas de garderobes muqueuses. Continuation *ung.* et cataplasme.

» 4 août. Une escarre considérable tombe; la plaie au-dessous de celle-ci est très belle; les évacuations régulières; l'appétit excellent; s'est levé pour un peu de temps sans souffrir. Continuation *ung.* et cataplasme.

» 8. Toute l'escarre est tombée; bourgeons charnus réprimés avec le caustique; le malade prend du vin de Porto; reste assez longtemps assis hors du lit et sent revenir ses forces. *Bibat cyath. vinos,* vin Port. *semel bisve in dies. Omitt. ung.* et cataplasme, f. une once décoct. *cinchon. ter quaterve in dies.*

» 10. La plaie a un très bon aspect; mais les matières fécales l'irritent. Un peu d'huile étendue sur les bords la protége. Contin. mist. et vinum.

» 16. Il a fait un quart de mille à pied, et va de mieux en mieux : on lave toujours la plaie avec la seringue. Elle se remplit et commence à se cicatriser. Contin. mist. et vinum.

» 21. La plaie est presque cicatrisée : la muqueuse de l'intestin se renverse après chaque effort; mais elle se réduit facilement et ne cause que peu de douleur. Un peu de mucosité sort par le rectum. Omitt. mist.

» 7 *septembre.* La guérison avance peu à peu. La plaie est complétement cicatrisée. Il y a, comme à l'ordinaire, renversement de la muqueuse après les efforts; chaque jour des mucosités ont continué à être

excrétées par l'anus naturel, tandis que toutes les matières fécales sortent par l'anus artificiel.

» Le 9, un long tube élastique fut introduit dans l'anus anormal de haut en bas vers le rectum. Arrivé à la partie supérieure de cet intestin, il se replia sur lui-même. Une bougie à rectum fut introduite par l'anus naturel, sans un meilleur succès. Sur ces entrefaites, on lui apporta un brayer fait sur le modèle des brayers qui s'ajustent eux-mêmes, avec cette différence, qu'au centre de la pelote on avait établi une boîte en fer-blanc destinée à recevoir les matières fécales. Cette boîte pouvait s'enlever et se replacer à volonté.

» Le 12, le malade quitta Blackburn pour reprendre ses occupations. J'appris, le 21 octobre, que le brayer n'avait pas rempli notre but. Quand le malade en faisait usage, l'invagination était très considérable, et les fèces s'échappaient quelquefois par les bords de la pelote. Ce qu'on a pu imaginer de plus commode jusqu'à ce jour, c'est une espèce d'éponge molle, du volume d'un œuf de poule, et soutenue par un bandage ordinaire. Ce pansement permet, suivant le malade, le passage des gaz, et arrête la sortie des matières fécales jusqu'à ce qu'il lui soit possible de se soulager.

» Depuis qu'il a repris ses occupations, il est d'une habitude de corps plus régulière, et se porte mieux sous tous les rapports.

» Dans une lettre, reçue le 10 *novembre*, le malade s'exprime ainsi : « Vendredi, 29 *octobre*, j'éprouvai un léger malaise, avec une douleur » vive au fondement, qui m'obligea à quitter mon travail. Samedi matin, » quand je me levai, j'étais un peu mieux et j'allai à la garderobe, où je » rendis par l'anus naturel une grande quantité de matières : l'obscurité » m'empêcha d'en reconnaître la nature. En retournant à la selle, je vis » que mes évacuations ressemblaient à du sang et de la chair ; j'eus trois » ou quatre selles dans la journée, et à chaque fois je rendis des ma- » tières fécales bien reconnaissables, et de la consistance d'un gruau » épais. Peu de jours après, je perdis davantage sur quatre ou cinq » garderobes dans les vingt-quatre heures. Ces matières sont devenues » plus consistantes et du volume du petit doigt. »

» Au mois de mai dernier, il m'écrivit qu'il avait perdu l'espoir de voir les évacuations se rétablir par les voies naturelles, le passage s'étant obstrué de nouveau. Il se porte bien, mais il est forcé de manger moins qu'il ne faisait, pour éviter l'obésité. Il n'a rien découvert de plus commode que l'éponge et la bande ci-dessus décrites.

» Si quelque changement important survenait chez le malade, je m'engage à le faire connaître à mes confrères. »

» P. S. 20 *août*. Depuis ma dernière communication, j'ai reçu une lettre de Baron, du 19 juillet. Comme cet homme intelligent pense que l'on ne peut rien ajouter aux derniers changemens faits pour rendre sa position moins triste, je vais vous les exposer. A la plaie du côté, il applique d'abord un peu de coton et par-dessus un morceau de papier gris un peu plus grand; sur le papier, il applique une couche de coton ou de linge, de douze pouces de large sur quatorze de haut. Un bandage en coton, large de six pouces, fixe cet appareil. Il applique sur le tout un brayer construit comme le premier, excepté que l'opercule de la pelote est recouvert d'une lame de sapin de deux pouces et demi de diamètre, au lieu de la boîte en fer-blanc.

» Il me semble probable que l'obstruction du rectum fut le résultat de l'invagination de la courbure inférieure de l'S iliaque du colon, qu'une inflammation adhésive s'était emparée de toutes ces parties avant que je visse le malade, et que les événemens du 29 octobre furent produits par la chûte d'une escarre de la partie malade. Il me semble en outre que ce procédé d'élimination s'est depuis arrêté, et, pour le moment, interdit l'espoir que le malade avait conçu, de voir se rétablir les voies naturelles. L'autopsie, si je survis à ce malade, viendra infirmer ou confirmer plus tard l'hypothèse que j'émets en ce moment.

1830. — BIZET (DEUX FAITS).

Dans la Thèse de M. Miriel fils, Paris, 1835, on trouve les deux observations suivantes :

Opérations d'anus artificiels, pratiquées par le procédé de LITTRE, sur deux enfans imperforés dont l'un est mort un mois après et l'autre le lendemain de l'opération.

« En janvier 1830, M. Bizet reçut un enfant mâle qui n'avait pas d'anus. Quoique le toucher, l'aspect extérieur n'indiquassent rien, il essaya de rétablir la voie naturelle. Après avoir incisé assez profondément dans la direction du rectum, il fut forcé de renoncer à ce moyen et de pratiquer l'opération de Littre, qui lui réussit à merveille. L'enfant venait très bien, lorsqu'un mois après il succomba à une indigestion causée par l'imprudence des parens. L'autopsie faite publiquement ne présenta de remarquable que ce qui suit; l'intestin rectum manquait entièrement; l'extrémité inférieure du canal intestinal se terminait par un cordon fibreux, qui allait s'attacher au bas fond de la vessie; le plancher compris entre

l'intestin et l'endroit où l'anus doit s'ouvrir naturellement était d'un tissu musculo-cellulaire dense consistant, et analogue à ceux indiqués précédemment.

» M. Bizet a encore eu une seconde fois l'occasion d'établir dans un cas analogue au précédent un anus artificiel à la région iliaque; mais le lendemain de l'opération, qui avait été faite plus de cent heures après la naissance, l'enfant succomba à une péritonite et à une inflammation intestinale causées plutôt par le retard mis à opérer que par les suites de l'opération. »

1835. — KLEWIG, DE COLBERG.

Dans la *Gazette Médicale de Berlin*, du 29 avril 1835, on a publié le fait suivant, dont je dois la découverte et la traduction à l'obligeance de M. le docteur Laüer :

Opération d'anus artificiel, pratiquée avec succès par le procédé de LITTRE, sur un enfant imperforé.

« Dans la soirée du 15 mars 1835, on apporta chez moi, dit M. Klewig, un garçon très faible, âgé de trois jours et demi, en me disant qu'il n'avait pas évacué de méconium depuis sa naissance, qu'il avait rendu beaucoup d'urine dont la couleur avait été quelquefois très foncée, qu'il n'avait pas eu de vomissemens, et qu'il avait tété à plusieurs reprises. La couleur de l'enfant était jaune et il avait le ventre tendu et ballonné.

» J'examinai l'état des parties, l'ouverture anale n'existait pas; le raphé partant du scrotum se continuait sur le périnée, et se terminait par une pointe au devant du coccyx. Ce raphé présentait un léger aplatissement dans l'endroit où l'anus aurait dû se trouver. Quoi qu'il en soit, malgré que je ne visse ni une éminence, ni une différence de couleur dans le point qu'occupe ordinairement l'anus, et malgré la crainte que j'avais qu'il n'y eût une communication entre la vessie et le rectum, ce qu'il était permis de soupçonner à cause de l'état des urines, je n'hésitai pas à essayer de rétablir l'anus à sa place naturelle.

» Ayant d'abord fait une incision avec un bistouri, je pénétrai jusqu'à deux pouces de profondeur, sans trouver d'intestin. Je pris ensuite un troisquart, et je l'enfonçai toujours dans la direction du rectum, à un pouce au-delà du point que j'avais atteint avec le bistouri. Toutes ces tentatives ayant été sans résultat, je craignis d'aller plus loin, et je re-

tirai le troisquart, après avoir introduit dans la plaie, au moyen de la canule, une mèche de charpie afin de tenir l'ouverture dilatée et de m'en servir plus tard si cela devenait utile.

» Aussitôt après, j'établis un anus artificiel dans la région iliaque gauche, et, je dois l'avouer, ce ne fut pas sans un certain embarras que je me décidai à pratiquer cette opération, d'abord parce que je craignais de trouver l'intestin contracté, comme dans un cas que je venais d'observer, où il n'avait que la grosseur d'une forte plume à écrire, et puis parce que je manquais d'aide, et que j'étais obligé d'avoir recours à la lumière artificielle.

» Après avoir fait à la peau un pli transversal, je fis une incision un peu au-dessus, et à un pouce en avant de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et je la prolongeai par en bas, presque parallèlement à la ligne blanche, de manière à lui donner une étendue de un pouce et quart. Je coupai ensuite les couches musculaires en agissant avec la plus grande circonspection; car les intestins grêles déjà repoussés en avant par l'accumulation du méconium l'étaient bien davantage encore par suite des cris et des mouvemens que faisait l'enfant. Ayant arrêté l'écoulement du sang, je fis l'incision du péritoine, et aussitôt une masse assez considérable, formée par des intestins grêles, s'échappa au-dehors, je la fis rentrer dans l'abdomen, et je cherchai l'S iliaque dans la place qu'elle occupe ordinairement. Mais elle était située dans la région pubienne; l'ayant attirée dans la plaie à l'aide de mes doigts, je reconnus parfaitement cette portion du gros intestin qui était remplie de méconium, et je l'ouvris suivant sa longueur dans l'étendue de trois quarts de pouce. Après avoir laissé écouler le méconium dont la quantité peut être évaluée à quelques onces, je fixai l'ouverture intestinale à la peau, au moyen de trois points de suture.

» Avant de faire le pansement, j'introduisis par l'anus artificiel une sonde flexible, qui, dirigée dans la portion inférieure de l'intestin, pénétra à trois pouces dans un sens tout-à-fait transversal et non pas du côté où l'anus normal aurait dû exister.

» L'enfant ne parut pas très épuisé par l'opération; il eut plusieurs évacuations alvines, très copieuses, qui le soulagèrent visiblement, et en peu de jours les suites de cette importante opération disparurent presque complètement. Les urines étaient toujours claires; la muqueuse de la partie supérieure de l'intestin se renversa bientôt au-dehors, et les évacuations, devenues très régulières, avaient lieu facilement par l'ouverture artificielle placée au centre de ce prolapsus; les injections dirigées par la partie inférieure de l'intestin ouvert déterminaient des épreintes, et res-

sortaient comme elles étaient entrées, c'est-à-dire sans entraîner de matières fécales.

» La plaie résultant des tentatives faites pour rétablir l'anus dans le lieu qu'il devait occuper se cicatrisa promptement, et le huitième jour après l'établissement de l'anus artificiel, on enleva les points de suture qui avaient servi à fixer l'intestin à la peau.

» Le onzième jour, il sortit par la partie supérieure de l'intestin une masse ronde, presque membraneuse, d'un jaune blanchâtre, et à côté de laquelle on apercevait des matières fécales. Les jours suivans les évacuations reprirent leur cours par la partie inférieure, et cette masse pseudo-membraneuse existe encore aujourd'hui (trois semaines après l'opération), dans l'orifice de la partie supérieure de l'intestin, et les injections qu'on dirige vers ce point n'entrent que dans la quantité de quelques gros seulement. Je ne saurais expliquer ce phénomène qu'en supposant que le gros intestin, dans ce cas, se terminait par une anse, dont les deux branches se réunissaient avec le corps de l'intestin, et que maintenant l'une de ces branches va s'oblitérer.

» En résumé, l'enfant se trouve très bien, il tète avec appétit; mais il est mal nourri, sa mère étant déjà avancée en âge, et se trouvant dans des conditions très misérables.

» *Réflexions.* — 1° Il est difficile de donner des règles positives pour cette opération, parce que les déviations des gros intestins, qui ne sont pas en général très rares, se rencontrent encore, à ce qu'il paraît, dans une plus grande proportion chez les enfans dont le vice de conformation réclame l'établissement d'un anus artificiel.

» Dans un fait que j'ai publié en même temps que celui-ci, il aurait fallu inciser dans la région iliaque droite, d'après Pillore, et ouvrir le bout inférieur de l'iléum, parce que la distension de cet intestin était manifeste, et que je reconnus, par l'autopsie, que le gros intestin était excessivement contracté.

» Dans le cas dont je m'occupe maintenant, et où j'ai établi un anus artificiel, si l'on avait pratiqué l'opération de Callisen, non seulement on n'eût pas obtenu l'avantage principal que présente ce procédé, à savoir d'attaquer l'intestin dans un endroit où il est dépourvu de péritoine; mais encore on aurait eu de grandes difficultés à attirer le colon à la plaie, en supposant même l'existence d'un mésentère considérable.

» 2° On peut douter que le rétablissement des excrétions alvines, par la voie naturelle réussisse jamais parfaitement dans les cas où il y a absence du rectum, parce que, même après l'opération faite pour des atré-

sies d'une moins grande étendue, la conservation de l'ouverture artificielle a beaucoup de peine à être obtenue (d'après les observations de Rust et de Bell) en l'absence de parois intestinales pourvues de l'action organique naturelle. Aussi, le canal que j'avais établi, avant de pratiquer un anus artificiel, se ferma-t-il en peu de temps, malgré les mèches dont je faisais usage.

» C'est pourquoi la proposition de Dubois et de Martin ne pourra guère être exécutée avec succès; je ne veux pas nier la possibilité de rétablir la voie naturelle et de fermer ensuite l'anus artificiel en appliquant un instrument semblable à un compas d'épaisseur à bouts boutonnés, de manière que l'une des branches étant introduite dans le nouveau canal, et l'autre dans l'anus artificiel de la région iliaque, on puisse, en serrant les deux branches, déterminer le rapprochement des deux culs-de-sac et l'adhésion de l'intestin en haut et bas avec les parties environnantes. On pourrait alors établir, à l'aide d'un troisquart, une communication entre ces deux culs-de-sac peu éloignés l'un de l'autre. Mais que de difficultés et d'incertitude de succès!

M. ROUX.

Opération d'anus artificiel par le procédé de LITTRE, sur un enfant imperforé, qui est mort deux heures après.

Plusieurs auteurs rapportent ce fait d'une manière inexacte. On dit que c'est le procédé de Callisen qui a été pratiqué, tandis que c'est celui de Littre. Voyez page 4.

1839. — M. VELPEAU.

Dans la *Gazette Médicale* du 5 octobre 1839, page 638, à l'occasion d'une discussion de l'Académie royale de médecine sur ma première observation d'anus artificiel, M. Velpeau a raconté le fait suivant :

Opération d'anus artificiel, par le procédé de LITTRE, sur une femme âgée, qui est morte deux jours après.

« J'ai fait, dit M. Velpeau, l'opération de l'anus artificiel chez une vieille femme qui présentait déjà tous les symptômes de la cachexie cancéreuse, chez laquelle, par suite de la rétention des matières fécales, et de la distension des intestins qui en était la suite, une péritonite commençait

déjà à se développer. J'ai fait l'incision dans la fosse iliaque gauche; l'S iliaque du colon qui pressait les parois abdominales a pu être facilement incisée sans que l'air pénétrât dans le péritoine; puis à l'aide de quatre ou cinq points de suture faits à l'intestin, au pourtour de la plaie des parois abdominales, les matières fécales sortirent en abondance; mais la péritonite continua, et la malade succomba le deuxième jour. A l'autopsie, on trouva les traces de cette inflammation, des adhérences qui fixaient l'intestin à la plaie; point d'épanchement dans le ventre.

» Je ne pense pas, continue M. Velpeau, que ce fait, avec les circonstances qui s'y rattachent, puisse prouver pour ou contre la méthode de Littre. »

1839. — DUPUYTREN

Dans les *Leçons orales de Clinique chirurgicale* par M. le professeur Dupuytren, 2me édition, tome 3, page 663, à l'article relatif aux étranglemens internes dans les hernies, on a consigné le fait suivant :

Opération d'anus artificiel sur un enfant imperforé, en ouvrant le cœcum sans intéresser le péritoine.

« Dans les étranglemens qui ont leur siége dans la région lombaire gauche l'obstacle existe presque toujours dans le gros intestin; on peut donc, ainsi que l'a proposé Callisen, inciser la peau de cette région, et saisir l'intestin sans intéresser le péritoine. Cette opération hardie a été exécutée deux fois par M. Amussat.

» Dupuytren a également ouvert l'abdomen, en 1818, pour remédier à une imperforation de l'anus chez un enfant. Ce chirurgien célèbre fit une incision dans le flanc droit, arriva sur le cœcum sans intéresser le péritoine, puis il pénétra dans l'intestin; celui-ci fut fixé; quelques matières furent rendues par la plaie; l'opération ne fut point suivie de succès et le petit malade succomba à une péritonite.»

1839. — M. LAUGIER.

Le *Bulletin chirurgical*, tome 1er, n° 2, septembre 1839, page 44, contient un article publié par M. Laugier dont je vais reproduire les principaux passages.

« Anus artificiel pratiqué suivant la méthode de Callisen, par M. Amussat.

» La méthode de Callisen, qui consiste à pratiquer un anus artificiel dans

la portion du colon lombaire gauche qui est dépourvue de péritoine, était depuis longtemps rejetée commme une idée malheureuse et inapplicable. M. Amussat vient non seulement d'en renouveler la proposition, mais d'en donner l'exemple pour remédier à la rétention des matières fécales, produite par une tumeur du bassin. L'opération de Callisen avait été jugée sévèrement, etc. »

Après avoir rapporté brièvement mes deux observations M. Laugier dit :

« Voilà donc, il n'en faut pas douter, la méthode de Callisen en grande partie réhabilitée; mais quelque utilité que présentent les observations de M. Amussat, il y manque, ce me semble, ce genre d'intérêt qui s'attache à une appréciation suffisamment détaillée des indications de l'opération, et des circonstances qui ont ici rendu son succès plus probable d'avance, et plus assuré pour la suite. »

Plus loin, page 48, il ajoute :

« C'est, dit M. Amussat, la seule voie sûre; mais elle avait été dédaignée et abandonnée par les hommes les plus capables; cependant, *faute d'examen et de méditation.* Maintenant que j'ai *reconnu* et démontré que c'est une voie sûre et facile, c'est-à-dire qu'on peut établir un anus artificiel *sans intéresser le péritoine, sans pénétrer* dans l'abdomen enfin, j'espère qu'on n'hésitera plus à y avoir recours.

» Je commencerai par reconnaître, afin que M. Amussat lui-même ne doute pas de mon intention, qu'il y a toujours un véritable mérite à remettre en vigueur une idée utile, et que personne ne serait fondé à lui contester l'avantage d'avoir prouvé par le fait que la méthode de Callisen ne devait pas être rejetée, dans tous les cas au moins. Mais ce n'est pas tout à fait sans examen et *faute de méditation* que les chirurgiens expérimentés, dont parle M. Amussat, avaient négligé d'y avoir recours. Qui donc a douté un instant que l'on pût arriver dans le colon descendant sans intéresser le péritoine ? non seulement cela résulte de la conformation des parties, mais Callisen n'a pas eu d'autre pensée que d'éviter le péritoine, et les chirurgiens qui ont repoussé cette proposition se sont appuyés principalement sur la profondeur à laquelle il faut agir, sur l'épaisseur de la région à inciser, mais non pas sur l'impossibilité physique et matérielle d'arriver dans le colon sans intéresser cette membrane et sans pénétrer dans l'abdomen. Comment alors M. Amussat peut-il dire qu'il a *reconnu* qu'on pouvait établir un anus artificiel sans intéresser cette membrane? car cela reviendrait à annoncer que le colon descendant dans la région des reins n'est pas revêtu du péritoine, découverte qui n'était point à faire. »

Après avoir cherché à établir que le mésocolon n'est pas le même chez les enfans que chez l'adulte, M. Laugier ajoute :

« L'état morbide dans lequel se trouve le canal intestinal ajoute encore aux chances de succès; car la distension du colon descendant par les matières fécales accumulées accroît son volume et étend la partie postérieure extra-péritonéale, sur laquelle le chirurgien doit agir. Avec ces circonstances, il suffit d'inciser la paroi abdominale pour trouver l'intestin. L'établissement de l'anus anormal est réellement facile; c'était, du reste, l'opinion de Boyer, et c'est ce que démontrent complètement les deux observations de M. Amussat.

» Est-ce cela que la réflexion avait appris d'avance à MM. Amussat, Breschet, Récamier? Je n'en doute pas, car il suffit d'y songer un instant pour acquérir la même conviction. Mais on tomberait dans l'erreur, ce me semble, en tirant cette conclusion qu'à tout âge ce sera l'opération préférable. Je suis même tenté de croire que si jusqu'à présent cette voie plus sûre avait été négligée, c'est qu'en voulant l'appliquer par la pensée au vice de conformation, qui en réclamerait l'emploi le plus souvent, l'absence du rectum à la naissance, on a été frappé des inconvéniens qu'elle aurait alors. Puis, sont venues les observations de MM. Martland, Freer de Birmingham, Pring, qui démontraient que chez les adultes la méthode de Littre modifiée n'était pas toujours mortelle par la péritonite, et qu'elle pouvait même être suivie de succès, et puis encore l'influence de la chose jugée, et il faut le dire, de la routine. En voilà plus qu'il n'en faut pour expliquer comment la méthode de Callisen avait été abandonnée. Le succès obtenu par M. Amussat ramenerait les praticiens à une application plus exacte et plus équitable. La méthode de Callisen sera probablement préférée chez les adultes dans les cas analogues à l'exemple cité; chez les enfans, on continuera à penser qu'une opération doit être pratiquée sans doute, puisque c'est la seule chance de salut, mais qu'elle est faite dans des circonstances bien peu favorables; et s'il faut choisir la plus facile, qui ne semble pas être à cet âge l'incision de Callisen, celle de Littre sera sans doute encore choisie de préférence.»

TROISIÈME PARTIE.

RÉFLEXIONS SUR LES DOCUMENS.

Si nous jetons un coup d'œil rétrospectif sur les documens qui précèdent, nous trouvons qu'on peut les diviser en deux classes.

La première est relative aux procédés qui ont été proposés par Littre et Callisen, pour établir un anus artificiel chez les enfans imperforés, sur lesquels on a publié des notes, des mémoires et des rapports.

La deuxième classe comprend les faits connus et publiés d'anus artificiels, soit sur les enfans, soit sur les adultes.

La première indication du procédé de Littre se trouve dans l'*Histoire de l'Académie des Sciences*, voyez page 83. On dit : « M. Littre a imaginé et proposé une opération chirurgique fort délicate, etc.» Comme on le voit le procédé de Littre est fort vaguement indiqué, en disant qu'il faut faire une incision au ventre, ouvrir l'intestin et le coudre, sans indiquer le lieu et l'intestin. Sur cette légère idée, dit l'historien, d'habiles chirurgiens pourront indiquer d'eux-mêmes le détail que nous supprimons.

Les chirurgiens qui ont opéré les premiers, d'après l'idée de Littre, n'ont pas publié le procédé qu'ils ont employé. Celui de Pillore était resté inconnu jusqu'à présent. Nous savons maintenant qu'il a fait une incision presque transversale dans la région iliaque droite. Le cœcum a été ouvert transversalement et attaché à la peau par des points de suture. On ne sait rien de positif sur l'opération d'A. Dubois. Fine a opéré sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic. Duret, le premier,

a opéré à gauche et il a fixé le procédé de Littre; aussi, depuis cette célèbre opération, quand on dit le procédé de Littre, on veut dire le procédé suivi par Duret et tracé de main de maître dans l'observation remarquable qu'il a publiée.

Pratiquer une ouverture verticale à la région iliaque gauche, attirer le commencement de l'S iliaque au dehors, avec deux doigts, passer un fil dans le mésocolon et ouvrir l'intestin en long, pour donner issue aux matières fécales, tel est le procédé exécuté par Duret. Ce chirurgien, dans son intéressante observation, ne dit pas un mot de Littre. Le nom de ce célèbre anatomiste n'est pas même prononcé. Après avoir inutilement tenté de rétablir la voie par en bas, sur un enfant imperforé, Duret proposa à l'assemblée de médecins et de chirurgiens qu'il avait réunie pour cette opération, de faire la gastrotomie pour établir un anus artificiel au ventre. Duret semble être fort au courant des idées d'Hévin sur la gastrotomie; mais il paraissait ignorer celle de Littre et les opérations tentées par Pillore et par A. Dubois. M. Camescasse, chirurgien de la marine de Brest, m'a raconté avoir entendu M. Delaporte, émule de Duret, lui rendre cette justice.

Évidemment Littre a conçu l'idée de la méthode; Pillore et Dubois l'ont appliquée les premiers; mais il était réservé à Duret d'établir et de tracer la marche à suivre. Il a laissé un document précieux qui établit tout ce que j'avance ici. Voyez page 89.

Léveillé, en rapportant l'observation de Desault, dit que ce chirurgien a suivi l'idée de Littre; mais il ne fait pas mention de Duret, et c'est le procédé de ce chirurgien qui a été pratiqué par Desault. Dumas, dans son intéressant mémoire, ne fait aucune mention de Littre et de Duret; il décrit le procédé de Littre perfectionné par Duret, comme si on n'avait pas déjà

avant lui indiqué la marche à suivre, et comme s'il eût conçu lui-même ce qui avait déjà été imaginé et appliqué. Voy. pag. 91 et 95.

Allan, rapporteur de Dumas, pense que ce médecin célèbre a conçu l'idée de Littre et de Duret sans en avoir connaissance; mais il rétablit les faits de priorité en faveur de Littre et de ceux qui ont mis à exécution l'idée de cet anatomiste. Voy. pag. 100.

Martin le jeune, autre rapporteur de Dumas, partage la même opinion; mais il ne rétablit pas les faits de priorité comme Allan. Voy. pag. 102.

Fine a parfaitement décrit tout ce qui est relatif au procédé de Littre perfectionné par Duret, et les raisons qu'il donne pour établir l'anus, sur le colon lombaire gauche, viennent à l'appui des miennes. Voy. pag. 119.

En résumé, presque tous les chirurgiens qui ont appliqué le procédé de Littre ont suivi la marche tracée par Duret. Quelques uns cependant ont fixé l'intestin à la peau par plusieurs points de suture, et je pense qu'ils ont très sagement agi, parce que d'après mes expériences sur les animaux vivans, j'ai constaté que la moindre rétraction de l'intestin suffit pour donner lieu à un épanchement mortel.

Si j'étais forcé de pratiquer le procédé de Littre, je le ferais comme Duret; seulement, au lieu de passer un fil dans le mésocolon, j'assujettirais solidement l'ouverture de l'intestin à celle de la peau, par plusieurs points de suture.

Je crois que dorénavant les chirurgiens donneront la préférence au procédé de Callisen modifié; mais il n'est pas inutile de dire que dans un accident qui aurait ouvert l'abdomen et l'intestin, comme dans l'opération de Littre, il ne faudrait pas craindre d'attirer fortement l'intestin ouvert et de l'atta-

cher solidement à la plaie de la peau, si on ne pouvait pas faire mieux.

Pour le procédé de Callisen qui est venu après celui de Littre, remarquons d'abord que c'est dans la vue d'un perfectionnement, c'est-à-dire dans le but d'éviter d'ouvrir le péritoine. Callisen dit: « L'*incision qui a été proposée* dans la région lombaire. » Par conséquent, comme on le voit, il reconnaît que l'idée ne lui appartient pas, et qu'elle avait déjà été émise; mais il lui donne judicieusement son approbation, et il décrit brièvement le procédé qui porte son nom et termine en disant que l'*intestin peut être atteint plus facilement dans ce point qu'au-dessus de la région inguinale.*

L'extrait de Callisen, page 1, doit être médité avec attention.

N'oublions pas que Callisen et Duret ont essayé sans succès ce procédé sur des cadavres d'enfans. Voyez page 124 et page 90. Duret parle du procédé de Callisen, sans nommer le chirurgien de Copenhague.

Léveillé, qui a rapporté l'observation de Desault et qui a fait des recherches bibliographiques assez étendues, ne fait pas mention du procédé de Callisen.

Dumas aussi n'en parle point; mais les rapporteurs de son observation ont réparé son oubli.

Remarquons qu'Allan et Martin le jeune, de Lyon, qui ont fait chacun un rapport sur le Mémoire de Dumas, l'un à Lyon, l'autre à Paris, ont porté un jugement tout à fait opposé sur le procédé de Callisen.

Allan dit, p. 102, que ce procédé mérite d'être médité et qu'on parviendra peut-être à le rendre le moins désagréable de tous.

Martin dit, au contraire, comme on l'a vu page 107, qu'il porte un défi à l'anatomiste le plus habile de pouvoir atteindre le colon sans blesser le péritoine, et que l'épaisseur des parties

et la position de l'anus en arrière militent contre ce procédé.

Fine dit, page 121 « Je n'établirai point pour règle, avec » Callisen, qu'il faut pratiquer l'incision dans la région lom- » baire gauche, le long du bord antérieur du muscle carré des » lombes, pour pénétrer jusqu'au colon et inciser cet intestin » dans un endroit où il présente, *selon cet auteur*, un petit » espace où il n'est pas renfermé dans la cavité du péritoine; » car, indépendamment de ce que l'incision me paraît être faite » *trop postérieurement*, *il faudrait une trop grande habitude* » dans les dissections anatomiques pour compter sur une » telle boussole, etc. »

Comme on le voit, Fine a mal jugé le procédé de Callisen. Cependant il a opéré dans un cas de tympanite stercorale, et il dit avoir eu l'occasion d'observer plusieurs faits de cette espèce. Mieux que tout autre, en approfondissant la question comme il l'a fait, il aurait dû soupçonner que l'état de distension du colon devait favoriser singulièrement l'ingénieuse idée d'établir un anus artificiel sans ouvrir le sac péritonéal.

Pring dit aussi, page 143. « M. Callisen, chirurgien de Co- » penhague, a proposé de mettre à découvert le côté gauche » du colon dans la région lombaire, où il le suppose en dehors » du péritoine, et d'y faire une incision entre le bord des » fausses côtes et la crête de l'iléon, parallèlement au bord » antérieur du carré des lombes. Cette opération a été prati- » quée sur le cadavre avec difficulté par M. Callisen, et son » exemple ne doit pas être imité sur le vivant, car il ne promet » aucun avantage. »

Sabatier, Dupuytren, M. Velpeau et tous les chirurgiens modernes qui ont parlé de l'opération de Callisen, l'ont combattue et complètement rejetée, comme on le voit dans mon historique et dans les documens qui précèdent.

Trop longtemps cette opération fut mal appréciée; elle n'avait pas été jugée convenablement. On avait superficiellement examiné l'état anatomique, et on n'avait pas réfléchi surtout que l'état pathologique ou de distension de l'intestin devait aplanir les difficultés et favoriser, par conséquent, l'opération.

Désormais, j'espère, l'opération de Callisen modifiée sera préférée à celle de Littre, parce qu'elle donne l'immense avantage de permettre d'ouvrir l'intestin, sans intéresser le péritoine.

Les Mémoires de Léveillé et de Dumas doivent être médités avec soin, ainsi que les rapports de Martin et d'Allan.

Les deux Mémoires de Fine sont les plus remarquables de cette collection; ils méritent une attention particulière. Tout ce que dit Fine est parfaitement bien établi sous le double rapport de l'histoire chronologique de l'opération d'anus artificiel et des chirurgiens qui l'ont pratiquée; il a le mieux étudié et approfondi la question; seulement il n'a pas bien jugé l'idée de Callisen. Tout, dans ces Mémoires, décèle un praticien habile, courageux et doué du jugement consciencieux qui caractérise le véritable chirurgien. Les Mémoires de Fine sont bien supérieurs à celui de Dumas. Il est juste de dire qu'ils ont été publiés assez longtemps après.

Après avoir jeté un coup-d'œil sur l'histoire des procédés qui ont été imaginés pour établir un anus artificiel au ventre, examinons les faits en eux-mêmes et débarrassés de toute autre considération.

Les faits que j'ai rassemblés et qui sont consignés dans les documens qui précèdent sont déjà assez nombreux; sans doute il en existe un plus grand nombre, et je n'ai pas la prétention d'avoir trouvé tous ceux qui sont disséminés dans nos ou-

vrages de chirurgie; et en outre beaucoup d'autres n'ont pas été publiés.

Le tableau suivant des faits a été dressé par M. Le Vaillant, mon élève et mon aide, qui m'a beaucoup secondé dans ce travail d'expérimentation et de recherche. Ce tableau donne la facilité de trouver promptement tout ce qu'il importe de connaître relativement à chaque fait.

TABLEAU DES OPÉRATIONS D'ANUS ARTIFICI

DATES des opérations.	NOMS des opérat.	OUVRAGES dans lesquels les faits ont été publiés.	SEXES.	AGES.	GENRE DE MALA
1776.	PILLORE...	.....	Homme..	.....	Rétrécissement du rectu
1783.	DUBOIS....	Recueil périodique de la Société de médecine de Paris, t. III, p. 125.	.....	3 jours....	Imperforation de l'anus.
20 oct. 1793.	DURET.....	Même ouvrage, t. IV, p. 45.....	Garçon..	2 jours....	Id.....
avril 1794.	DESAULT...	Journal de chirurgie, t. IV, p. 248.	Id....	2 jours....	Id.....
12 oct. 1797.	FINE.....	Annales de la Société de médecine de Montpellier, t. VI.	Femme..	63 ans.....	Squirrhosité de la partie du rectum.
1798.	VOISIN.....	.....	Enfant..	.....	Imperforation.....
Oct. 1800.	DESCRANCES	Annales de la Société de médecine de Montpellier, t. VI.	Fille....	4 ans.....	Le rectum aboutissait au
30 mai 1802.	VOISIN.....	Recueil périodique de la Société de médecine de Paris, t. XXI, p. 353.	Garçon..	10 jours...	Imperforation de l'anus.
19 mai 1809.	DURET	Thèse de Miriel fils. Paris, 3 avril 1835.	Id....	2 jours...	Id.....
1813.	LEGRIS	Thèse de Serrand. Montpellier, décembre 1814.	Enfant..	.....	Id.....
	UN CHIRUR. de Lyon.	Id.....	Id....	.....	(Le rectum s'ouvrait dans l'ut Imperforation.....
	Id. de Brest.	Id.....	Fille....	.....	Id.....
26 janv. 1813.	SERRAND...	Id.....	Id.....	60 heures..	Imperforation du rectum pouce et demi de l'anus.
1816.	FREER.....	London Med. phys. Journal, 1821.	Enfant..	.....	Imperforation de l'anus.
18 mai 1816.	MIRIEL père	Thèse de Miriel fils. Paris, 3 avril 1835.	Fille....	2 jours...	Imperforation du rectum de l'anus.
1820.	OUVRARD..	Id.....	Enfant..	.....	Imperforation.....
5 fév. 1818.	FREER.....	London med. phys. Journ., 1821.	Homme..	47 ans.....	Rétrécissement du rectum
7 juil. 1820.	PRING.....	Id.....	Femme..	64 ans.....	Id.....
30 janv. 1822.	MIRIEL père	Thèse de Miriel fils. Paris, 3 avril 1835.	Garçon..	84 heures..	Imperforation du rectum à de l'anus.
août 1823.	MIRIEL père	Id.....	Id.....	6 jours...	Imperforation de l'anus.
24 juil. 1824.	MARTLAND.	Edimburgh med. and surg. Journ. octob. 1825.	Homme..	44 ans.....	Rétrécissement du rectum.
janv. 1830.	BIZET.....	Thèse de Miriel fils. Paris, 3 avril 1835.	Garçon..	.....	Imperforation de l'anus.
	BIZET. ...	Id.....	Enfant...	100 heures.	Id.....
15 mars 1835.	KLEWIG...	Gaz. méd. de Berlin, du 29 avril 1835.	Garçon..	3 jours 1/2.	Id.....
2 juin 1839.	AMUSSAT..	.....	Femme..	48 ans.....	Obstruction du rectum.
14 juil. 1839.	AMUSSAT..	.....	Homme..	62 ans.....	Id.....
sept. 1839.	VELPEAU...	Gaz. méd. de Paris. 5 oct. 1839..	Femme..	Agée.....	Id.....
	ROUX.....	.....	Enfant..	.....	Imperforation de l'anus.
1818.	DUPUYTREN	Leçons orales de clinique chirurgicale, t. 3.....	Id.....	.....	Id.....

...ENS ...vant l'opérat.	PROCÉDÉS pour l'anus artificiel.	RÉSULTATS des opérations.	AUTOPSIES.	OBSERVATIONS.
.....	Incision dans la région iliaque droite, pour atteindre le cœcum..	Mort 28 jours après l'opération.	.....	Ce fait n'a pas été publié; il a été mentionné seulement par Martin le jeune, par Serrand et par Fine.
.....	Littre.....	Mort 10 jours après l'opération.		
...rofonde dans ...L du rectum.	Id.....	Survécu.		
.....	Id.....	Mort 4 jours après l'opération.	Communication du rectum avec la vessie.	
.....	Région ombilicale....	Survécu 3 mois et demi.	Le colon transv. avait été ouvert. Foie vol.; squirrhe de la partie supér. du rectum.	
.....	Littre.....	.....	.....	Ce fait n'a pas été publié.
.....	.....	Le 3 juin 1801 l'enfant se portait bien.	.....	Ce fait n'a pas été publié. Il est seulement mentionné dans le mémoire de Fine.
.....	Littre.....	Mort 4 jours après l'opération.	L'anus artific. avait été établi sur l'iléon; les gros intest. manq.	
...profonde dans ...ect. du rectum.	Id.....	Mort 4 ou 5 jours après l'opération.	L'extrémité imperforée du rectum était à un pouce de l'anus.	
.....	Id.....	Mort 17 jours après l'opération.		
.....	Id.....	.....	.....	Serrand ne donne aucun détail; il dit seulement que l'opération a réussi.
.....	Id.....	.....	.....	Serrand dit que le chirurgien comprit l'ovaire dans l'anse de fil qu'il passa dans le mésentère.
.....	Id.....	A l'âge de 22 mois l'enfant vivait encore et se portait bien.		
...n avec un trois- ...dans la direc- ...du rectum.....	Id.....	Mort 3 semaines après l'opération.		
.....	Id.....	Cet enfant vivait encore le 3 avril 1835.		
.....	Id.....	.....	.....	On n'a aucun détail sur ce fait.
.....	Id.....	Mort 8 jours après l'op.		
.....	Id.....	Vivait encore 5 ou 6 mois après l'opérat.		
.....	Id.....	Cet enfant vivait encore le 3 avril 1835.		
...n dans la direct. ...ectum.	Id.....	A survécu 27 mois.....	Le rectum se terminait en cul de sac, à 2 pouces de l'anus.	
.....	Id.....	Vivait encore un an après l'opération.		
...n dans la direct. ...ectum.	Id.....	Mort un mois après l'opération.	Le rectum manquait entièrement.	
.....	Id.....	Mort le lendem. de l'op.		
...et ponct. dans la ...tion du rectum.	Id.....	Survécu.....	.....	M. le docteur Lauer a appris que l'enfant était mort en 1838.
.....	Callisen modifié.....	Id.		
.....	Id.....	Id.		
.....	Littre.....	Morte 2 jours après l'op.	Traces de péritonite.	
.....	Id.....	Mort 2 heur. après l'op.		
.....	Incision du cœcum dans le flanc droit, sans ouvrir le péritoine.	Id. id.	Une péritonite a été la cause de la mort.	

Comme on peut le voir d'après le tableau qui précède, nous comptons vingt-neuf faits d'opérations d'anus artificiels établis à la région abdominale. Du reste, le nombre exact est assez indifférent. Le point important maintenant, c'est de peser et de méditer les faits pour en tirer des déductions utiles, et afin de juger la question relativement au meilleur procédé.

Il importe d'abord de classer les faits qui ont de l'analogie. Sous ce rapport, on doit les diviser en deux grandes catégories.

1° Les faits qui sont relatifs aux enfans imperforés.

2° Ceux qui appartiennent aux adultes. Les premiers sont au nombre de vingt-neuf; pour les seconds, nous n'en comptons encore que huit.

RÉSUMÉ DES FAITS DE LA PREMIÈRE CATÉGORIE.

Les faits de la première catégorie, c'est-à-dire ceux qui sont relatifs aux enfans imperforés, sont les suivans :

Le 1er fait dans l'ordre des dates est de Dubois.	1783
Le 2e est de Duret	1793
Le 3e est de Desault.	1794
Le 4e est de Voisin.	1798
Le 5e est de Desgranges	1800
Le 6e est de Voisin	1802
Le 7e est de Duret	1807
Le 8e est de Legris.	1813
Le 9e est d'un chirurgien de Lyon.	
Le 10e est d'un chirurgien de Brest	
Le 11e est de M. Serrand.	1813
Le 12e est de Freer.	1818
Le 13e est de Miriel père.	1816

Le 14e est de M. Ouvrard. 1820
Le 15e est de Miriel père. 1822
Le 16e est encore de Miriel père 1823
Le 17e et le 18e sont de Bizet. 1830
Le 19e est de Klewig de Colberg. 1835
Le 20e est de M. Roux. . . . . .
Le 21e est de Dupuytren . . . . . .

Le premier fait sur les enfans est d'Antoine Dubois. Il est rapporté fort brièvement par Allan. Voy. pag. 101. L'enfant n'a vécu que dix jours. On ne dit pas quel est l'intestin qui a été ouvert.

Le deuxième fait est celui de Duret c'est le premier qui ait été publié. Duret lui-même a donné l'observation détaillée de son opération. Voyez page 89. L'enfant qu'il a opéré avait une imperforation de l'anus et un vice de conformation des organes génitaux. Ayant examiné attentivement, on reconnut un hypospadias profond sur un enfant mâle. Après une consultation avec les chirurgiens et les médecins les plus distingués de la ville de Brest, Duret essaya sans succès de rétablir la voie par en bas. Malgré la faiblesse de l'enfant, deux jours après la naissance une nouvelle consultation eut lieu, et il fut décidé qu'on tenterait une autre opération. Le péritoine ayant été ouvert dans un essai du procédé de Callisen, qu'on fit sur un cadavre d'enfant, on pratiqua l'opération de Littre. Deux fils cirés furent passés dans le mésentère avant d'ouvrir l'S iliaque du colon. Le cinquième jour, les fils étant inutiles, ont été retirés. Le septième jour, l'enfant exécutait si bien ses fonctions, qu'on jugea qu'il n'avait plus besoin que des soins de propreté.

Lassus, dans son ouvrage de *Pathologie Chirurgicale*, 1806,

tome 2, page 500, dit, après avoir donné l'analyse du fait de Duret :

« Nous avons vu depuis peu cet enfant à Brest. Il avait onze » ou douze ans et portait au bas-ventre un anus contre na- » ture, avec renversement de la membrane interne du rectum. » La mort était inévitable, si l'on n'eût point fait l'opération » qui lui a sauvé la vie. »

Miriel fils, qui a fait une thèse sur l'anus artificiel, soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 3 avril 1835, dit en parlant de l'enfant opéré par Duret : « Depuis qu'il fut remis à » ses parens, il a continuellement joui d'une bonne santé ; au » moment où j'écris (avril 1835), il n'est à charge à personne » et vit avec un anus contre nature avec renversement peu » considérable de la membrane interne du rectum. »

Le troisième fait appartient à Desault. L'observation détaillée a été donnée par Léveillé. Voyez page 91. L'enfant mâle opéré par Desault avait une imperforation sans aucun vestige d'anus ; rien ne pouvant indiquer la présence du rectum, quarante-huit heures après la naissance Desault se décida à établir un anus artificiel ; le procédé de Littre fut pratiqué. L'enfant est mort quatre jours après l'opération. A l'ouverture on découvrit du méconium dans la vessie; le rectum s'ouvrait par un très petit orifice dans le bas-fond du réservoir de l'urine, entre les uretères.

L'observation rapportée par Léveillé est fort incomplète; on ne dit pas la cause de la mort; sans doute elle doit être attribuée à une péritonite.

Le quatrième fait dans l'ordre des dates est de Voisin. Il n'a pas été publié ; seulement, on trouve dans la narration de son deuxième fait le passage suivant : « L'obser- » vation que j'ai communiquée il y a quatre ans, à la société

» et dont elle a chargé M. Giraud de lui rendre compte, » prouve, etc. » Malheureusement ce rapport n'a pas été publié.

Le cinquième fait est de Desgranges; nous n'avons sur cette opération intéressante que quelques renseignemens fournis par Fine. (V. p. 122 et 123.) Il s'agit d'une petite fille de quatre ans, dont le rectum aboutissait au vagin. L'anus artificiel, dit Desgranges, dans sa correspondance avec Fine, a été pratiqué au lieu d'*élection et de nécessité;* mais il ne dit pas où, de sorte qu'on ne sait pas si c'est en bas ou en haut; il est bien probable cependant que c'est au ventre et par le procédé de Littre. Fine n'en aurait pas parlé sans doute, si l'opération eût été pratiquée dans la région anale.

Le sixième fait est le deuxième de Voisin; l'observation détaillée a été publiée par lui-même. (V. p. 125.) L'enfant qu'il a opéré avait un vice de conformation des organes génitaux tel, qu'il ne fut pas possible de décider à quel sexe il appartenait; il rendait du méconium par une petite ouverture, qui était située à trois lignes au-dessus de la commissure des petites lèvres d'une espèce de vulve. Du septième au neuvième jour, cette ouverture se rétrécit et finit par s'oblitérer. Le dixième jour, l'enfant avait le ventre tendu, par suite de la rétention des matières fécales, et on pratiqua l'anus artificiel par la méthode de Littre. L'opération ne fut point suivie de succès; l'enfant mourut le quatrième jour après l'opération et le quatorzième jour après sa naissance. A l'autopsie, on reconnut que les gros intestins manquaient entièrement et que l'iléon se terminait à la petite ouverture de l'hypogastre, qui avait donné jusqu'au dixième jour de la naissance de l'enfant une issue imparfaite au méconium. L'anus artificiel avait été établi sur cet intestin à quatre pouces à peu

près de sa terminaison. Les anses intestinales furent trouvées, pour la plupart, adhérentes entre elles. Ainsi la cause de la mort a été une péritonite.

Ce fait est fort remarquable ; il mérite de fixer l'attention des opérateurs, car il est riche en conséquences pratiques.

Notons d'abord qu'il existait une ouverture naturelle par laquelle sortait difficilement le méconium. Cet orifice s'est rétréci et la rétention du méconium a déterminé le chirurgien à pratiquer l'opération de Littre; l'enfant est mort d'une péritonite, quatre jours après. L'ouverture du corps a démontré que le gros intestin manquait absolument, et que l'iléon se terminait à l'ouverture indiquée; on ne dit pas si c'était dans la vessie ou dans l'urètre.

Il est évident que dans ce cas l'indication était précise; il fallait dilater et agrandir l'ouverture établie par la nature. Tout prouve que dans des cas analogues il faudrait agir ainsi.

L'opération de Littre et celle de Callisen ne pouvaient être appliquées, puisque le gros intestin manquait; et dans le cas même où il n'y aurait pas d'ouverture anale, je préférerais, par toutes sortes de raisons, établir un anus artificiel dans la région coccygienne.

Le septième fait est le deuxième de Duret ; il a été publié par M. Miriel fils. (V. p. 130.) L'opération a eu lieu sur un enfant imperforé dont l'anus était remplacé par un petit tubercule. Le docteur Billand de Saint Marc près Brest avait déjà essayé inutilement, deux jours après la naissance, de rétablir la voie inférieure par une incision assez profonde. Le lendemain, Duret pratiqua l'opération de Littre, comme il l'avait déjà fait avec succès une première fois en 1793. L'enfant mourut quatre ou cinq jours après l'opération, sans qu'on pût en soupçonner la cause.

Le rectum se terminait en cul-de-sac à un pouce de la peau. On attribua la mort au défaut de nourriture; on dit que le lait de la nourrice n'était pas assez abondant. On n'indique pas dans quel état était le péritoine, et s'il contenait de la sérosité. Quelquefois, à cet âge, la péritonite mortelle n'a pas de caractères tranchés.

Le huitième fait est de Legris de Brest ; il a été publié par Serrand. (V. p. 132.) Le docteur Legris, chirurgien de la marine à Brest, a aussi pratiqué l'opération de Littre sur un enfant imperforé. La mort a eu lieu dix-sept jours après l'opération; un étranglement de l'intestin grêle, près de l'angle supérieur de la plaie de l'anus artificiel, a donné lieu à une péritonite mortelle. Cette observation intéressante est trop brièvement racontée; il est bien regrettable qu'on n'ait pas donné plus de renseignemens sur l'étranglement de l'intestin grêle.

Le neuvième fait est d'un chirurgien de Lyon. Serrand, qui ne fait que l'indiquer dans sa thèse, dit que l'opération a réussi ; peut-être est-ce le fait de Desgranges.

Le dixième fait est d'un chirurgien de Brest ; il est indiqué aussi par Serrand; il constate que le chirurgien comprit l'ovaire dans l'anse de fil qu'il passa dans le mésocolon.

Le onzième fait est de M. Serrand lui-même ; il est rapporté fort en détail. (V. p. 132.) Le docteur Serrand, chirurgien de la marine à Brest, a pratiqué avec succès, comme Duret, l'opération de Littre, sur un enfant naissant du sexe féminin ; le rectum était imperforé à un pouce et demi de l'anus. L'opération fut faite soixante heures après la naissance. Les intestins grêles se présentèrent avec le colon, ce qui compliqua l'opération ; le même accident, dit Serrand, était arrivé au docteur Legris, dix-neuf jours auparavant. Après quelque indécision, un fil fut passé dans le mésentère avant d'ouvrir l'in-

testin. Trois jours après l'opération, deux hémorrhagies inquiétantes eurent lieu. Le quatorzième jour, le bout inférieur se renversa en dehors. Trois mois après l'opération, l'intestin se renversa davantage, et un mois plus tard, renversement plus grand encore, comme chez l'opéré de Duret. Vingt-deux mois après, en 1814, l'enfant était parfaitement bien. C'est le deuxième fait de succès complet, obtenu à Brest.

Le douzième fait est de Freer; il a été brièvement rapporté par Pring. (V. p. 136.) Après avoir inutilement essayé de rétablir la voie inférieure à l'aide du troisquart, Freer pratiqua l'opération de Littre ; l'enfant vécut trois semaines. On ne dit point si l'autopsie a été faite, ni quelle a pu être la cause de la mort.

Le treizième fait est de M. Miriel père ; il se trouve rapporté dans la thèse de M. Miriel fils. (V. p. 136.) L'opération de Littre fut pratiquée sur une petite fille qui avait une imperforation du rectum, à six lignes au-dessus de l'anus. Le succès a été complet ; la jeune fille avait dix-neuf ans, lorsque M. Miriel a soutenu sa thèse, et il termine cette observation en disant, que cette jeune fille a la fraîcheur et la force des personnes le mieux constituées. C'est le troisième fait de succès obtenu à Brest.

Le quatorzième fait est de M. Ouvrard d'Angers. Il est cité dans plusieurs ouvrages; mais on ne possède aucun renseignement sur cette opération.

Le quinzième fait est le deuxième de M. Miriel père. (V. p. 149.) Un garçon imperforé à quinze lignes de l'anus a été opéré en 1822, avec un succès complet, par Miriel père, quatre jours après la naissance, par le procédé de Littre perfectionné par Duret. L'opéré etait bien portant à l'époque de la publication de l'observation en 1835, et il était alors âgé de

treize ans. C'est le deuxième opéré de Miriel qui a survécu et le quatrième succès obtenu à Brest.

Le seizième fait est le troisième de M. Miriel père. (V. p. 150.) Sur un garçon imperforé, M. Miriel père, après avoir inutilement tenté de rétablir la voie inférieure, par la ponction et l'incision, établit un anus artificiel dans la région iliaque gauche. L'enfant a vécu vingt-sept mois. On a attribué la mort à la dentition.

Le dix-septième fait est de Bizet. (V. p. 157.) Après avoir essayé inutilement de rétablir la voie inférieure, par une incision profonde, sur un garçon imperforé, Bizet pratiqua l'opération de Littre. L'enfant mourut un mois après. On attribua la mort à une indigestion.

Le dix-huitième fait est aussi de Bizet. (V. p. 158.)

Ce deuxième fait est encore raconté plus brièvement ; on dit : « Dans un cas analogue au précédent, l'opération de l'anus » artificiel fut faite cent heures après la naissance, et l'enfant » succomba le lendemain à une péritonite, causée plutôt par le » retard mis à opérer, que par les suites de l'opération. » Je ne suis pas de cet avis.

Le dix-neuvième fait est de M. Klewig de Colberg. (V. p. 158.) L'enfant opéré par ce chirurgien avait une imperforation de l'anus. Après avoir inutilement cherché à rétablir la voie par en bas sur le rectum, à l'aide du bistouri et du trois-quart, M. Klewig se décida à pratiquer l'opération de Littre, par le procédé de Duret. Dès que le péritoine fut ouvert, une masse d'intestin grêle s'échappa par la plaie, et après avoir remédié à cet accident, l'opération fut terminée heureusement. On attacha l'intestin à la plaie des tégumens par trois points de suture, et l'opération réussit parfaitement. M. Laüer, qui m'a procuré ce fait, m'a assuré que l'enfant était mort trois

ans après l'opération. M. Klewig, dans les réflexions qu'il a ajoutées à son observation, dit que dans le cas qu'il a rapporté, le procédé de Callisen n'était pas applicable. A mon avis, rien ne justifie ce qu'il avance à ce sujet; et les expériences que j'ai faites, sur des cadavres d'enfans, tendent à prouver le contraire, à moins qu'il n'y ait des anomalies anatomiques. Plus loin, il ajoute qu'on peut douter de la possibilité d'établir avec succès l'anus artificiel par en bas, dans la région anale, c'est-à-dire lorsqu'une plus ou moins grande partie du rectum manque. Sans doute la difficulté est plus grande qu'à l'abdomen; mais je puis répondre à cette objection par un fait concluant que j'ai publié dans la *Gazette Médicale* du 28 novembre 1835, et dernièrement encore j'ai reçu des nouvelles très satisfaisantes de la petite fille que j'ai opérée et qui est âgée maintenant de quatre ans et demi.

M. Klewig termine ses réflexions sur son fait en indiquant un moyen ingénieux, mais qui me paraît fort chanceux. Il propose de rétablir la voie inférieure par le procédé de Martin, en se servant d'une espèce de compas d'épaisseur pour faire sonder l'intestin au point où on veut établir le nouvel anus artificiel dans la région anale, afin de supprimer celui de l'abdomen.

En résumé, le fait de M. Klewig mérite une attention particulière. Il sort de la classe ordinaire des faits simplement racontés. Cette observation décèle un opérateur habile et très au courant d'une question fort peu approfondie par les praticiens.

Le vingtième fait est de M. Roux. (V. p. 161.) Quoique trop brièvement raconté, ce fait doit être compté, et d'ailleurs nous connaissons le procédé et le résultat. C'est l'opération de Littre qui a été pratiquée, et l'enfant est mort deux

heures après. Sans doute, on avait trop attendu pour opérer.

Le vingt-et-unième fait est de Dupuytren. (V. p. 162.) Il mérite d'être médité; il n'a été publié qu'en 1839, et trop brièvement par les éditeurs des leçons de ce chirurgien. J'ai placé ce fait le dernier, parce que je n'en ai eu connaissance que lorsque l'édition a paru. On ne dit pas à quel sexe appartenait l'enfant, ni quel genre d'imperforation il avait; mais on dit que le flanc droit a été incisé, et que le cœcum a été ouvert, *sans intéresser le péritoine*. On ajoute que l'enfant a succombé à une péritonite, sans dire combien de temps après l'opération.

Remarquons d'abord que cette assertion est en désaccord complet avec l'article de Dupuytren du dictionnaire de Médecine et de chirurgie pratiques, écrit en 1829, comme on le voit, du reste, par le passage que j'en ai extrait et que j'ai cité page 3. Un fait aussi important aurait dû être mentionné autrement ; est-ce avec intention ou sans intention que le cœcum a été ouvert *sans intéresser le péritoine*? D'autre part, il est bon de noter que cette portion du gros intestin est la plus variable dans ses rapports avec le péritoine, et que le plus souvent elle a un méso-cœcum, parce qu'elle est entraînée dans l'abdomen par les intestins grêles. Remarquons enfin qu'on ne dit pas pourquoi Dupuytren *a choisi le cœcum pour établir un anus artificiel sur un enfant imperforé*. Observons, en outre, qu'il est fort difficile d'atteindre le cœcum par le flanc, parce qu'il est situé dans la fosse iliaque.

RÉFLEXIONS GÉNÉRALES SUR LES FAITS DE LA PREMIÈRE CATÉGORIE.

Considérés dans leur ensemble, et dans leurs rapports généraux, les faits de cette catégorie méritent d'être examinés relativement à l'âge, au sexe, au genre d'altération organique, aux opérations qui ont été pratiquées, à leurs suites et à la durée de la vie.

Sous le *rapport de l'âge*, les enfans opérés n'avaient que de deux à dix jours. Un seul avait quatre ans; mais le rectum s'ouvrait dans le vagin.

Pour le *sexe*, il n'est pas possible de l'indiquer pour tous, parce que très souvent on n'en fait pas mention. Sur vingt-un enfans, nous trouvons huit garçons, quatre filles, et neuf désignés seulement sous le nom d'enfans.

Relativement aux *altérations organiques*, apparentes au moment de l'opération, nous trouvons :

Seize imperforations simples et complètes de l'anus, trois imperforations du rectum, de six à dix-huit lignes de l'anus.

Une fois le rectum s'ouvrait dans le vagin. (V. p. 122 et 123.)

Une fois dans l'urètre. (V. p. 132.)

Sur six enfans *examinés après la mort*, sur deux le rectum se terminait à un et à deux pouces de l'anus. (V. p. 131 et 151.) Sur le troisième, on dit « que le rectum manquait en» tièrement, et que l'extrémité inférieure du canal intestinal » se terminait par un cordon fibreux qui allait s'attacher au » bas-fond de la vessie. Le plancher compris, entre l'intestin » et l'endroit où l'anus doit s'ouvrir naturellement, était d'un » tissu cellulaire dense et consistant. » Quoique cette obser-

vation soit fort incomplète, je crois qu'on aurait pu atteindre le rectum par en bas, puisqu'on pouvait ouvrir l'intestin sans blesser le péritoine. (V. p. 157.) Sur le quatrième, le rectum s'ouvrait dans le bas-fond de la vessie (V. p. 91); sur le cinquième, les gros *intestins* manquaient entièrement (V. p. 125); et sur le sixième, on n'a pas parlé de l'état dans lequel se trouvait le rectum. (V. p. 162.)

Relativement aux *opérations qui ont été tentées*, nous trouvons que : sur six enfans, on a essayé inutilement de rétablir la voie dans la région anale, avant de pratiquer l'opération de Littre. Il est vrai de dire qu'on s'est contenté de faire une opération insuffisante, avec le troisquart, ou le bistouri.

Maintenant, pour *l'établissement de l'anus artificiel* au ventre, remarquons que c'est presque toujours le procédé de Littre perfectionné par Duret qui a été suivi. Cependant Dupuytren a opéré à droite et il a ouvert le cœcum. Voisin a ouvert l'iléon; mais c'est uniquement parce que le colon n'existait pas.

Pour l'exécution de l'opération, beaucoup de faits manquent de détails. Cependant, nous trouvons que plusieurs fois les intestins grêles se sont présentés à la plaie et ont apporté beaucoup de gêne à l'opération. Ce fait est grave, surtout parce qu'il expose à la péritonite. Une fois, l'ovaire a été compris dans l'anse de fil que l'on passa dans le mésentère. Une fois, une assez forte hémorrhagie a eu lieu. (V. l'observation de Serrand, p. 132.)

Le renversement de l'intestin sur lequel on a établi l'anus artificiel est un accident assez commun. Il a été observé sur les opérés de Duret, de Serrand, de Pring, de Miriel père (1822 et 1823), de Martland et de Klewig. Du reste, cet accident n'a pas de gravité, et il n'est pas possible, je crois, de le prévenir.

La *mortalité* des enfans sur lesquels on a établi un anus artificiel au ventre est très grande. Sur les vingt-et-un enfans, quatre seulement ont survécu. Aurait-on mieux réussi par le procédé de Callisen modifié? je le crois; mais, comme je l'ai déjà dit, je persiste à penser qu'il est préférable encore d'essayer d'établir l'anus artificiel dans la région coccygienne, avant d'opérer dans la région lombaire.

En résumé, sur vingt-un enfans, opérés par le procédé de Littre :

Quatre seulement existent encore.

Un est mort trois ans après.

Un est mort vingt-sept mois après l'opération.

Un après un mois.

Un après trois semaines.

Un après dix-sept jours.

Un après dix jours.

Trois après quatre jours.

Un après douze heures.

Un après deux heures.

Un, on dit que l'opération n'a point été suivie de succès.

Sur cinq faits, on n'a point de renseignemens suffisans pour juger la durée de la vie.

Comme on le voit, sur douze enfans, six sont morts avant le cinquième jour, par conséquent la moitié, et il ne faut pas trop se fier à ces résultats statistiques; car, comme je l'ai déjà dit, d'après quelques données, je pense qu'on n'a guère publié que les faits qui présentaient des chances de succès après l'opération.

Sur douze morts, nous n'avons qu'un très petit nombre d'autopsies, six seulement, et encore elles manquent de détails. Les opérateurs se plaisent à justifier leurs opérations; c'est

presque toujours une cause étrangère qui a occasioné la mort. Ils n'insistent pas assez sur la couleur du péritoine et particulièrement sur le liquide contenu dans sa cavité ; comme je l'ai déjà dit, il ne faut qu'une très légère péritonite, caractérisée par un peu de rougeur et un peu de liquide dans la cavité péritonéale pour déterminer la mort à cet âge.

Un fait remarquable, c'est que pas un seul opérateur n'a indiqué un épanchement de bile ou de pus dans le péritoine.

En résumé, sur vingt-et-un enfans sur lesquels on a établi un anus artificiel au ventre, nous trouvons que quatre seulement vivent encore.

Le premier est de Duret ; il est âgé de quarante-sept ans.

Le deuxième est de M. Serrand ;il est âgé de vingt-sept ans.

Le troisième est de Miriel père; il est âgé de dix-huit ans.

Le quatrième est de Miriel père ; il est âgé de dix-sept ans.

Une circonstance mérite d'être notée, c'est que tous les faits de réussite ont eu lieu à Brest.

Remarquons d'abord que le premier fait heureux a été obtenu par un chirurgien de cette ville, et que c'est un grand encouragement pour les autres opérateurs. D'ailleurs, sur vingt-et-une opérations, nous en trouvons dix qui appartiennent aux chirurgiens de Brest.

Il nous reste à examiner maintenant les faits qui appartiennent aux adultes.

RÉSUMÉ DES FAITS DE LA DEUXIÈME CATÉGORIE.

Pour les faits de cette catégorie, c'est-à-dire ceux qui sont relatifs à des opérations d'anus artificiels établis sur des adultes, nous n'en trouvons que huit.

Le 1er de tous les faits d'anus artificiels établis sur les adultes et sur les enfans est de Pillore, de Rouen. . . . 1776
Le 2e est de Fine, de Genève. 1797
Le 3e est de Freer, de Birmingham. 1818
Le 4e est de Pring. 1820
Le 5e est de Martland, de Blackburn. 1824
Le 6e et le 7e m'appartiennent. 1839
Le 8e est de M. Velpeau. 1839

Ainsi, dans l'ordre des dates, le PREMIER FAIT d'anus artificiel établi sur l'adulte par la méthode de Littre, EST DE PILLORE, DE ROUEN. (V. p. 84.)

Nous n'avions sur ce fait qu'un simple renseignement fourni par Martin le jeune, chirurgien de Lyon. (V. p. 107.) Il constatait seulement que l'opération avait réussi et que c'était le cœcum qui avait été ouvert. Mais maintenant nous avons l'observation précieuse qui m'a été donnée par son fils, chirurgien à Rouen.

Le malade opéré par Pillore était un homme adulte; on ne dit pas l'âge; il avait une obstruction squirrheuse de la partie supérieure du rectum. La rétention des matières fécales n'ayant pu être vaincue par aucun moyen, même par le mercure en nature pris par la bouche à la dose de deux livres, on se détermina à établir un anus artificiel. L'opération fut pratiquée dans la région iliaque droite, et c'est le cœcum qui a été ouvert, et attaché à la peau par deux points de suture.

Pillore dit : « J'avais choisi le cœcum comme celui des intestins qui était le plus propre à remplir mes vues, tant par » sa situation que parce qu'il fournissait un *réservoir*, et nous » évitions par là l'écoulement continuel et involontaire des » excrémens. » J'ai transcrit ce passage, parce qu'il me paraît fort remarquable.

Le malade est mort vingt-huit jours après l'opération. A l'ouverture du corps, on trouva une fusée purulente sous le cœcum, hors du péritoine. Le tissu cellulaire des reins était enflammé; les intestins étaient adhérens. La fin de l'S iliaque et le commencement du rectum étaient squirrheux dans l'étendue de huit à neuf pouces. On trouva le mercure dans une anse du jéjunum qui plongeait dans le bassin. Cette portion d'intestin était enflammée et présentait d'espace en espace des taches gangréneuses.

Remarquons que le mercure n'a pas été à sa destination. Comment se fait-il qu'il soit resté en chemin au milieu du tube digestif? peut-être en a-t-on donné une trop grande quantité à la fois, et alors le poids du métal a empêché le mouvement intestinal. Pourrait-on supposer que le mercure a été jusqu'à l'obstruction et qu'il est remonté par le mouvement anti-péristaltique ?Je ne le pense pas.

Quoi qu'il en soit, Pillore attribue la mort de son opéré au séjour prolongé du mercure dans l'intestin ; sans doute cette cause a pu y contribuer. Mais je crois que la fusée purulente qu'on a trouvée sous le cœcum et l'inflammation sous-péritonéale suffisent pour expliquer la mort.

Doit-on ranger cette opération dans les succès ou dans les insuccès? Il me semble qu'on doit regarder la mort comme une suite de l'opération, quoiqu'elle ait eu lieu vingt-huit jours après, parce que les accidens qui ont été funestes proviennent de la plaie.

La découverte de l'observation de Pillore a apporté un notable changement à mon mémoire; j'avais pensé que la première opération d'anus artificiel avait été faite sur un enfant, et tout me portait à le croire. On doit concevoir que j'avais construit sur cette base, ainsi que tous les auteurs qui en ont parlé.

D'après les documens, il est évident que la première idée de l'établissement de l'anus artificiel a été énoncée en 1710 par Littre, et que ce n'est qu'en 1776 que la première opération a été faite par Pillore, c'est-à-dire soixante-six ans après. L'idée-mère a été conçue par Littre, après l'examen du cadavre d'un enfant imperforé, et elle a été appliquée sur un adulte par Pillore. Il serait fort intéressant de savoir si ce chirurgien a été dirigé par les idées de Littre; probablement il avait connaissance de la note insérée dans les Mémoires de l'Académie des sciences, en 1710; mais il n'en fait pas mention.

Le DEUXIÈME FAIT d'anus artificiel sur l'adulte appartient à FINE. (V. p. 109.) La malade opérée par ce chirurgien était âgée de 63 ans; elle avait une affection squirrheuse de la partie supérieure du rectum, disposée absolument comme celle de M. T..., mon second opéré, c'est-à-dire que la tumeur représentait un col utérin cancéreux largement ouvert.

Les accidens qui ont nécessité l'opération sont tout-à-fait comparables à ceux de madame D....., ma première opérée, c'est-à-dire tympanite stercorale, etc.

Fine a établi l'anus artificiel au-dessous de l'ombilic, sur la ligne blanche, et c'est le colon transverse qui a été ouvert par hasard, au lieu de l'iléon sur lequel Fine avait l'intention d'établir l'anus artificiel, afin d'imiter ce que fait la nature dans le cas de hernie étranglée avec gangrène. Sans doute, la tympanite avait changé les rapports ordinaires des intestins, et les matières fécales avaient abaissé le colon transverse. Après l'opération, un soulagement immédiat a eu lieu; mais la malade a éprouvé beaucoup d'accidens; des hoquets, des vomissemens, etc., probablement parce que le péritoine avait été ouvert, puisque chez mes deux malades il n'y a point eu d'accidens analogues. La malade de Fine a été opérée le 12 oc-

tobre 1797, et elle est morte le 1er février 1798. Elle a vécu par conséquent plus de trois mois et demi.

La troisième opération d'anus artificiel sur l'adulte a été pratiquée par le docteur Freer. (V. p. 144.) Le malade opéré par ce chirurgien était âgé de 47 ans. Tout porte à croire qu'il existait une obstruction de la partie supérieure du rectum, ou de la fin de l'S iliaque. Les accidens qui ont déterminé l'opération étaient de la même nature que dans les cas précédens. Le ventre était tendu, gonflé et dur; il y avait des vomissemens et du hoquet. L'opération de l'anus artificiel a été pratiquée par le procédé de Littre, le 5 ou le 6 février 1817.

Les intestins grêles ne se sont point présentés comme dans les cas précédens. L'opérateur redoutait beaucoup cet accident, parce qu'il l'avait observé plusieurs fois sur les animaux. Après la sortie des gaz et des matières fécales, le malade a éprouvé un soulagement immédiat. Dès les premiers jours, il a ressenti des douleurs dans les lombes, de la soif et du hoquet, et il est mort le 14 février, c'est-à-dire huit, neuf ou dix jours après l'opération; sans doute d'une péritonite. Malgré les instances des médecins, on n'a pas permis de faire l'autopsie.

Le quatrième fait d'anus artificiel sur l'adulte appartient à Pring. (V. p. 137.) La malade opérée par ce chirurgien était âgée de soixante-quatre ans. Une obstruction de la partie supérieure du rectum, à quatre pouces, et une autre à sept pouces, furent constatées avec des bougies seulement; le doigt ne put atteindre la maladie. Les accidens qui ont nécessité l'opération de l'anus artificiel étaient les mêmes que ceux qu'a éprouvés madame D...., ma première opérée; le ventre était distendu et très sensible. L'anus artificiel a

été établi par le procédé de Littre; une masse considérable d'intestins grêles est sortie, et a été poussée au dehors du ventre, avant qu'on ait pu atteindre le colon. La suture de l'intestin et de la plaie a été faite. Pring dit qu'il n'a pu reconnaître l'obstruction, en introduisant le doigt dans l'anus artificiel; on le conçoit facilement, comme je l'ai démontré en commençant. L'opération a été suivie d'accidens graves qui ont fait désespérer plusieurs fois du succès. Un érysipèle gangréneux s'est emparé de la plaie ; la peau est tombée dans un grand espace, et l'érysipèle s'est étendu au tronc et même aux cuisses; il y eut de la fièvre et des vomissemens. Une rétention d'urine qui a eu lieu pendant le premier mois a nécessité le cathétérisme. Enfin la région du sacrum s'est ulcérée.

Trois mois après, quelques matières fécales ont passé par l'anus normal. A cette époque, la malade a éprouvé une attaque d'apoplexie, qui a déterminé une paralysie du bras. Ces accidens se sont dissipés au bout de quatre jours. La malade ne rendait qu'une ou deux selles dans les vingt-quatre heures, et la nouvelle voie n'était pas aussi incommode qu'on aurait pu s'y attendre. Lorsque la malade était debout, l'intestin formait un prolapsus assez fort. Pring attribue cette disposition à l'absence de peau autour de l'ouverture, déterminée par la gangrène.

Il a aussi observé sur sa malade que la boîte tenue par un bandage à ressort était moins commode qu'un simple bandage compressif. L'observation de cette malade se termine à cinq ou six mois de date de l'opération.

La cinquième opération d'anus artificiel sur l'adulte a été pratiquée par le docteur Martland. (V. p. 151.) Le malade traité par ce chirurgien était âgé de quarante-quatre ans lorsqu'il a été opéré en 1824; il avait une affection squirrheuse du rectum qui commençait vis-à-vis de la prostate. On trouvait une

espèce de museau de tanche, comme sur mon second opéré. Les accidens déterminés par la tympanite stercorale ont nécessité l'opération. Le ventre était dur et tendu, le malade était découragé.

Une nouvelle voie a été ouverte sur le colon par le procédé de Littre, le 24 juillet 1824. L'intestin n'a été ouvert qu'après avoir été attaché par deux points de suture; malgré cette précaution, l'épiploon a fait hernie par l'angle supérieur de la plaie et a beaucoup gêné l'opération. La sortie des gaz et des matières fécales a fait éprouver un soulagement immédiat. Dès le lendemain, les bords de la plaie sont devenus brunâtres, et bientôt la gangrène a été manifeste et a donné lieu à de larges escharres. Le 7 septembre, la plaie était cicatrisée. Le malade n'a pu supporter l'usage d'un brayer dont la pelote était formée par une boîte; une éponge, comprimée par un bandage de corps, a parfaitement remplacé le premier appareil.

Le 30 octobre, c'est-à-dire trois mois et six jours après l'opération, le malade rendit un morceau de *chair* par l'*anus inférieur* et l'ancienne voie se rétablit pour quelques jours. Mais bientôt le passage s'est obstrué de nouveau. Martland pense que la nature avait commencé un travail d'élimination de la maladie et qu'elle s'est arrêtée. Il dit que s'il survit à son malade, l'autopsie viendra éclairer son opinion. Ce récit est daté du 20 août 1825, c'est-à-dire plus d'une année après l'opération. Il est bien à regretter qu'on n'ait pas de nouveaux détails sur ce fait intéressant.

Sixième fait. (V. p. 34.) La première malade que j'ai opérée était âgée de quarante-huit ans; elle avait une obstruction de la partie supérieure du rectum qui nous a paru formée particulièrement par des tumeurs du bassin. Les accidens qui ont nécessité l'opération sont ceux de la tympanite stercorale la

plus avancée. L'opération a été pratiquée le 2 juin 1839, dans la région lombaire gauche, par le procédé de Callisen modifié, c'est-à-dire par une incision transversale; le colon, qui était fortement distendu, a été ouvert sans intéresser le péritoine. La malade a éprouvé un soulagement immédiat. Deux jours après, des accidens formidables se sont déclarés du côté opposé à l'opération, sur une hernie qui avait été réduite deux jours auparavant. Les symptômes inflammatoires ayant cédé à un traitement antiphlogistique énergique, l'anus artificiel s'est très-bien établi et il fait parfaitement ses fonctions, comme un anus normal. Un simple bandage contentif suffit. L'opération a déjà quatre mois de date.

SEPTIÈME FAIT. (V. p. 52.) Le deuxième malade que j'ai opéré était âgé de 62 ans. Il avait une affection squirrheuse de la partie supérieure du rectum, en forme de col de matrice cancéreux largement excavé. La difficulté, ou mieux, l'impossibilité de détruire la maladie par l'anus, et les accidens causés par cette obstruction ont suggéré l'idée de l'opération. Elle a été pratiquée le 14 juillet 1839, par le même procédé que dans l'observation précédente, c'est-à-dire en faisant une incision transversale dans la région lombaire gauche; le colon a été ouvert sans intéresser le péritoine, mais avec beaucoup de difficultés, parce que cet intestin était complètement resserré au lieu d'être distendu par des matières fécales, comme on l'avait pensé. Les suites de l'opération ont été nulles. L'anus artificiel s'est établi et il a favorisé les garderobes par les deux ouvertures, ce qui a beaucoup amélioré l'état du malade. L'opération a déjà près de trois mois de date.

HUITIÈME FAIT. (V. p. 161.) Depuis mes deux opérations par le procédé de Callisen modifié, M. Velpeau a établi un anus artificiel dans la fosse iliaque gauche, sur une femme âgée,

pour une affection squirrheuse du rectum. La malade est morte d'une péritonite deux jours après. L'ouverture de l'intestin a été pratiquée sur l'S iliaque du colon, à dix pouces du rétrécissement squirrheux du rectum.

M. Velpeau attribue la mort à une péritonite qui existait déjà, dit-il, avant l'opération ; mais chez la première malade que j'ai opérée, il y avait des symptômes au moins aussi formidables que sur l'opérée de M. Velpeau. Une péritonite herniaire s'est déclarée après l'opération.

Je pense qu'on peut dire que la différence des résultats tient essentiellement à ce que le péritoine n'a pas été ouvert chez ma malade, tandis qu'il l'a été sur celle de M. Velpeau.

RÉFLEXIONS GÉNÉRALES SUR LES FAITS DE LA DEUXIÈME CATÉGORIE

En examinant les huit faits qui précèdent, comme nous l'avons déjà fait pour les enfans, sous le rapport de l'âge, du sexe, du genre de maladie, du procédé opératoire et de la durée de la vie après l'opération, nous trouvons, dans l'ordre chronologique :

Relativement au *sexe* et à l'*âge*,

Un homme adulte.

Une femme âgée de soixante-trois ans.

Un homme de quarante-sept ans.

Une femme de soixante-quatre ans.

Un homme de quarante-quatre ans.

Une femme de quarante-huit ans.

Un homme de soixante-deux ans.

Et une femme très âgée dont on ne dit pas exactement l'âge.

Par conséquent, quatre hommes et quatre femmes qui ont dépassé l'âge adulte.

Relativement *au genre de maladie* qui a nécessité l'établissement de l'anus artificiel, nous trouvons, par l'examen et l'autopsie, que :

Sur le malade de Pillore, une obstruction squirrheuse de la fin de l'S iliaque et du commencement du rectum, occupait huit ou neuf pouces d'étendue.

Sur la malade de Fine, c'était aussi une obstruction squirrheuse du rectum.

Pour la malade de Martland, le toucher a fait reconnaître une obstruction complète du rectum, au niveau de la prostate.

Pour les malades de Pring et de Freer, on accuse une obstruction squirrheuse de la partie supérieure du rectum ; mais elle n'a pas été établie d'une manière incontestable.

Pour ma première malade, nous avons reconnu une obstruction du rectum, qui nous a paru formée par des tumeurs du bassin.

Pour ma seconde opération, nous avons constaté une obstruction squirrheuse de la partie supérieure du rectum.

Pour la malade de M. Velpeau, il a été reconnu, par l'autopsie, que c'était un rétrécissement squirrheux de la partie supérieure du rectum.

En résumé, sur les huit malades adultes auxquels on a établi un anus artificiel à l'abdomen, c'est une obstruction de la partie supérieure du rectum ou de la fin de l'S iliaque, qui a fait recourir à l'opération dans tous les cas, et on peut dire, avec assez d'assurance, que chez presque tous les malades l'affection était de nature squirrheuse.

Ainsi, sur huit opérations, pas une seule n'a été pra-

tiquée avec des chances de succès durables; aucune n'a eu lieu dans des cas de rétrécissemens simples, par exemple, comme celui de Talma et de quelques autres, dont j'ai eu connaissance.

Relativement au *procédé* qui a été suivi pour l'établissement de l'anus artificiel sur l'adulte, nous trouvons que :

Pillore a opéré dans la fosse iliaque droite, et il a ouvert le cœcum.

Freer, Pring et Martland, ont suivi exactement la méthode de Littre, perfectionnée par Duret.

Fine, seul, a opéré plus en dedans, sur la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic; il a ouvert le colon transverse au lieu du colon iliaque, et c'était l'iléon qu'il avait l'intention d'ouvrir.

Sur mes deux malades, j'ai opéré dans la région lombaire gauche; j'ai pratiqué le procédé de Callisen modifié.

Et M. Velpeau a opéré dans la fosse iliaque gauche; on ne sait pas au juste quel procédé il a suivi. J'ai cependant entendu dire que ce chirurgien n'avait pas exactement pratiqué l'opération de Littre, et qu'il avait décollé le péritoine de la fosse iliaque, comme pour faire la ligature de l'artère iliaque externe, par le procédé d'Abernethy, dans le but d'ouvrir l'intestin sans intéresser le péritoine; mais malheureusement cette membrane fut ouverte.

J'engage les praticiens à ne pas essayer un procédé aussi défectueux. M. Breschet avait déjà eu cette idée, comme on l'a vu page 39, et lors même qu'on parviendrait à éviter le péritoine, ce qui est possible, car je l'ai fait plusieurs fois sur le cadavre, il suffirait d'un simple examen pour se convaincre que le décollement du péritoine, avec une ouverture à

l'intestin, expose davantage à la péritonite, et que le moindre épanchement peut devenir funeste.

Relativement aux *difficultés de l'opération*, nous trouvons que plusieurs fois les intestins grêles se sont présentés à la plaie, et ont apporté beaucoup de gêne à l'opération. Une fois l'épiploon a produit le même effet.

Une fois, j'ai éprouvé beaucoup de difficulté à trouver le colon lombaire gauche, parce qu'il était rétréci, et qu'on m'avait détourné de faire une forte injection avant l'opération.

Considérées sous le rapport des *suites*, nous trouvons que la péritonite est l'accident le plus redoutable, puisqu'il est le plus souvent mortel.

Sur les enfans, par exemple, c'est presque toujours, à mon avis, la péritonite qui les fait succomber dans les premiers jours après l'opération.

L'opéré de Pillore est mort vingt-huit jours après l'opération, d'une péritonite chronique, je crois.

L'opérée de Freer est morte huit jours après l'opération, sans doute d'une péritonite; l'autopsie n'a pas été faite.

L'opérée de M. Velpeau est morte deux jours après l'opération, d'une péritonite.

Deux fois la gangrène a envahi les bords de la plaie, sur les malades de Pring et de Martland.

Relativement à la durée de la vie, nous trouvons que l'opérée de Martland a vécu plus d'une année.

L'opérée de Pring a vécu plus de six mois.

Ma première opérée a déjà vécu plus de trois mois et demi.

L'opérée de Fine n'a vécu que trois mois et vingt jours.

Mon second opéré a vécu près de trois mois.

L'opéré de Pillore n'a vécu que vingt-huit jours.

L'opéré de Freer n'a vécu que huit ou neuf jours.

Et l'opérée de M. Velpeau n'a vécu que deux jours.

En résumé, sur huit opérations d'anus artificiel, pratiquées au ventre, sur l'adulte, nous en trouvons six, dans lesquelles le péritoine a été ouvert, c'est-à-dire par la méthode de Littre, et deux dans lesquelles il ne l'a pas été, c'est-à-dire par le procédé de Callisen modifié; sur les six, trois sont morts des suites de l'opération, et sur les deux autres le succès a été complet. Sur les six premiers, dans l'ordre chronologique, c'est le troisième et le dernier qui sont morts, l'un après huit jours et l'autre après deux jours.

En comparant les deux procédés de Littre et de Callisen, sous le rapport des résultats statistiques, quoique peu nombreux, nous trouvons que l'avantage positif appartient au procédé qui permet de ménager le péritoine, et quoiqu'on n'ait pas encore un assez grand nombre de faits, il est évident qu'il n'est pas possible de soutenir maintenant qu'on peut également opérer des deux manières, pas plus qu'on ne pourrait soutenir qu'on peut également faire la taille et la lithotripsie, parce que l'une des opérations est beaucoup plus dangereuse que l'autre. Il en est de même des opérations de Littre et de Callisen.

En comparant les résultats obtenus sur les enfans et sur les adultes, nous trouvons que sur vingt-un enfans, dix opérations ont réussi, et sur les adultes cinq sur huit.

Comme on le voit d'après les chiffres, on a opéré beaucoup plus d'enfans que d'adultes : sans doute, parce qu'on risque moins, on ose davantage; car je pense que les indications sont aussi fréquentes et peut-être plus fréquentes sur l'adulte que sur les enfans imperforés.

Après avoir examiné les faits, j'ai maintenant quelques réflexions à faire sur l'article de M. Laugier, que j'ai cité, p. 162.

Il est évident que presque toutes les objections adressées par M. Laugier au procédé de Callisen modifié se trouvent réfutées par les idées développées dans mon mémoire; ainsi, par exemple, il dit *que je n'ai pas suffisamment détaillé les indications de l'opération*, etc. Mais il ne m'était pas possible d'établir dans deux observations ce que j'ai fait dans ce Mémoire. Quoique je n'aie pas la prétention d'avoir résolu toutes les questions qui se rattachent à mon sujet, je crois que l'on trouvera que la critique de M. Laugier était tout à fait prématurée.

Plus loin, il dit : *Qui donc a douté un instant que l'on pût arriver dans le colon descendant, sans intéresser le péritoine ?* Après avoir lu mon Mémoire et mes documens, il est facile de répondre à cette objection. Ce qui prouve d'abord que les chirurgiens ont douté de la possibilité de cette opération, c'est qu'aucun n'a osé la pratiquer sur le vivant. D'après les essais infructueux tentés par Callisen et Duret, tous les praticiens tels que Martin, Fine, Pring, Boyer, Sabatier, Dupuytren, M. Velpeau, et tous les auteurs modernes qui en ont fait mention, n'ont parlé de cette opération que pour la rejeter. Martin le jeune, comme on l'a vu page 107, porte un défi à l'anatomiste le plus habile de faire ce que Callisen a proposé. Fine en dit presque autant (voyez page 121), et l'opinion des autres est au fond la même. On voit donc qu'on a eu complètement tort de dire, *Qui donc a douté*, etc.

M. Laugier dit, en terminant le paragraphe précédent, que j'ai la prétention d'avoir *fait une découverte qui n'était point à faire*. Je n'ai jamais eu la prétention qu'il me prête, d'avoir eu la première idée du procédé de Callisen. Ce chirurgien lui-

même ne dit pas qu'elle lui appartient; il fait comprendre qu'elle lui est antérieure. (Voyez page 124.)

Comme on le voit, nulle part je n'ai donné l'occasion de me faire un pareil reproche, et je crois avoir avancé, avec raison, que c'était *faute d'examen et de méditation* si on n'avait pas reconnu plus tôt que l'opération était réellement *possible et praticable*. C'est ce que je crois avoir maintenant établi.

Dans le paragraphe suivant, M. Laugier dit que Boyer a pensé aussi que la distension de l'intestin rend l'opération de Callisen facile; mais cette remarque ne s'applique qu'à l'opération de Littre et non à celle de Callisen, puisqu'il rejette cette dernière opération comme trop difficile, d'après l'essai infructueux de Callisen lui-même, et il dit, en propres termes, que l'*ouverture du péritoine est presque inévitable*. Du reste, c'est l'opinion de Lassus, reproduite par Boyer, car ce paragraphe a été presque complètement copié, pour ce qui est relatif à l'idée de Littre.

M. Laugier ajoute, « Est-ce cela (l'effet de la distension) que » la réflexion avait appris d'avance à MM. Amussat, Breschet » et Récamier? Je n'en doute pas, car il suffit d'y songer un » instant pour acquérir la même conviction? »

Mais M. Laugier oublie que c'est très facile d'y songer un instant, après que le fait est démontré. C'était avant qu'il fallait y songer, et c'est tout à fait gratuitement que M. Laugier prête cette remarque à Boyer.

Enfin plus loin il dit que, d'après les succès que j'ai obtenus sur mes deux opérés, « *probablement la méthode de Callisen* » *sera préférée chez les adultes; et que, pour les enfans, s'il faut* » *choisir la plus facile, qui ne semble pas être à cet âge l'incision* » *de Callisen, celle de Littre sera sans doute encore choisie de* » *préférence.* »

Je puis au contraire affirmer, d'après des essais nombreux sur des cadavres d'enfans, qu'on peut aussi à cet âge atteindre le colon sans intéresser le péritoine. Par conséquent, je n'hésite pas à dire que si je ne pouvais pas rétablir la voie inférieure sur un enfant imperforé, j'établirais l'anus artificiel dans la région lombaire, par le même procédé que celui que j'ai suivi pour des adultes.

En résumé, comme on vient de le voir, M. Laugier a dépassé le but qu'il s'est proposé dans son Journal. Il avait à rendre compte de deux faits. Il ne pouvait exiger davantage que ce qui est contenu dans deux observations très brièvement racontées. Il s'est trop pressé de critiquer, il a anticipé, puisque, comme je l'ai dit en commençant, presque toutes ses objections se trouvent réfutées par la lecture de mon Mémoire.

Maintenant, après avoir analysé les documens qui forment la deuxième partie de ce Mémoire, nous croyons pouvoir établir les corollaires suivans :

1° L'idée d'établir un anus artificiel au ventre, lorsque le rectum est imperforé, appartient à Littre.

Pillore et Dubois ont les premiers exécuté l'opération ; mais il était réservé à Duret de tracer la marche à suivre ; aussi on doit dire, la méthode de Littre et le procédé de Duret.

2° L'idée d'ouvrir le colon lombaire gauche, sans intéresser le péritoine, est antérieure à Callisen. Ce chirurgien et Duret avaient échoué en essayant cette opération sur des cadavres d'enfans, et tous les chirurgiens l'avaient rejetée. Je l'ai pratiquée cependant deux fois avec succès, sur une femme et sur un homme. L'incision transversale et la distension de l'intestin permettent de faire cette opération plus sûrement qu'on ne l'avait soupçonné, et dorénavant, j'espère, elle sera toujours préférée à celle de Littre.

D'après les documens, il est établi que Littre et Callisen ont les premiers proposé deux procédés différens pour l'établissement de l'anus artificiel à l'abdomen, sur les enfans imperforés.

De même, il est établi que Dumas et Fine ont les premiers conçu la possibilité de faire sur l'adulte ce qui n'avait été proposé d'abord que pour les enfans. Dumas a consigné l'idée dans son mémoire, et Fine a exécuté l'opération sur une femme, sans avoir connaissance de l'idée de Dumas.

Depuis que j'ai écrit ces lignes, j'ai découvert que Pillore avait conçu et exécuté l'opération sur l'adulte, avant Dumas et Fine.

3° Les faits que j'ai recueillis sur les enfans sont au nombre de vingt-et-un. Tous ont été opérés par la méthode de Littre; dix sont morts avant le huitième jour après l'opération; quatre vivent encore, et tous les autres ont succombé plus ou moins longtemps après l'opération.

Malgré les avantages du procédé de Callisen modifié, je persiste à dire qu'on ne doit établir l'anus artificiel à l'abdomen sur les enfans qu'après avoir échoué dans la région coccygienne.

4° Les faits sur l'adulte sont au nombre de huit; six ont été opérés par la méthode de Littre; trois sont morts des suites de l'opération; deux ont été opérés par le procédé de Callisen modifié, et l'opération a réussi sur tous les deux.

5° Les documens et les faits établissent incontestablement que la préférence doit être accordée au procédé de Callisen modifié.

6° D'après ce qui a été observé, il est important de faire une ouverture suffisante à l'intestin, de l'attirer fortement au dehors, pour l'attacher solidement à l'ouverture de la peau, parce qu'on

a observé *que l'anus artificiel a beaucoup de tendance à se resserrer et à se rétracter.*

7° Enfin, pour être prêt à pratiquer convenablement cette opération, les chirurgiens doivent craindre d'être surpris par une occasion pressante, et, comme je l'ai déjà dit, ils doivent se préparer, en répétant l'opération sur des cadavres d'adultes et d'enfans.

TABLE.

INTRODUCTION sur la possibilité d'ouvrir le colon lombaire sans pénétrer dans le péritoine.

Pages.

Opinion de Callisen. 1
— Sabatier. 1
— Duret. 2
— Martin le jeune. 3
— Dupuytren. 3
— M. Velpeau. 4
— MM. Roche et Sanson. 5
— Allan. 5

Recherches et réflexions qui m'ont conduit à trouver la possibilité d'atteindre le colon sans intéresser le péritoine. 5

PREMIÈRE PARTIE.

ÉTUDES D'ANATOMIE CHIRURGICALE ET FAITS PARTICULIERS.

CHAPITRE PREMIER.

ANATOMIE CHIRURGICALE.

Considérations générales sur l'anatomie chirurgicale vraiment utile. 7
Circonscription de la région lombaire en arrière. 8
Objets nécessaires pour faire l'anatomie chirurgicale de cette région. 8
Paroi du flanc. 8
Anatomie chirurgicale de l'intestin et du péritoine. 9
Rapports de l'intestin. 9
Sa couleur. 10
Manière de juger si le colon a un mésentère. 11
Effets de la distension du colon. 12
Le colon ouvert en arrière ne s'affaisse pas comme les autres intestins. 12

Pages.

L'S iliaque a beaucoup plus d'étendue qu'on ne le pense généralement. 14
Manière de juger l'étendue de l'espace celluleux de l'intestin. . 15
Réflexions sur les données d'anatomie chirurgicale. 16

CHAPITRE DEUXIÈME.

ESSAIS COMPARATIFS DES DIVERS PROCÉDÉS POUR ÉTABLIR L'ANUS ARTIFICIEL.

Procédé de Callisen (incision verticale). 18
Procédé de l'auteur (incision transversale). 19
Parallèle des deux procédés. 22
Procédé de Littre (région iliaque). 24
— Fine et de Dupuytren (région lombaire en avant). 25
— Fine (sur la ligne blanche). 25
— Pillore (sur le cœcum). 26
Réflexions. 27
Résultats fournis par les expériences sur les animaux vivans. . 28

CHAPITRE TROISIÈME.

MALADIES QUI EXIGENT L'ÉTABLISSEMENT D'UN ANUS ARTIFICIEL.

CHAPITRE QUATRIÈME.

FAITS PARTICULIERS.

Première observation. 34
Réflexions. 48
Deuxième observation. 52
Réflexions. 70
Réflexions générales sur les deux opérations. 78
Nécessité de vérifier la possibilité de l'opération. 81
Corollaires. 81

DEUXIÈME PARTIE.

DOCUMENS CLASSÉS DANS L'ORDRE CHRONOLOGIQUE.

		Pages.
1710. Littre.	Indication de sa méthode.	83
1776. Pillore de Rouen.	Opération de Littre pratiquée sur un adulte.	84
1783. Dubois.	Idem, sur un enfant imperforé. . . .	88
1793. Duret.	Idem. . . . idem.	89
1794. Desault.	Idem. . . . idem.	91
1797. Dumas.	Observations et réflexions sur une imperforation de l'anus.	95
1797. Allan.	Rapport sur le mémoire de Dumas. .	100
1798. Martin.	Idem.	102
1797. Fine.	Mémoires sur l'entérotomie.	108
1800. Desgranges. . . .	Opération d'anus artificiel sur une fille âgée de quatre ans.	124
1800. Callisen.	Indication du procédé qui porte son nom.	124
1802. Voisin.	Opération de Littre sur un enfant imperforé.	125
1809. Duret.	Idem. . . . idem.	130
1813. Legris.	Idem. . . . idem.	132
1813. Serrand.	Idem. . . . idem.	132
1815. Freer.	Idem. . . . idem.	136
1816. Miriel.	Idem. . . . idem.	136
1818. Freer.	Idem sur un adulte.	144
1820. Pring.	Idem . . . . idem.	137
1820. Ouvrard. . . .	Idem, sur un enfant imperforé. . .	149
1822. Miriel.	Idem. . . . idem.	149
1823. Miriel.	Idem. . . . idem.	150
1824. Martland. . . .	Idem sur un adulte.	151
1830. Binet.	Deux opérations de Littre sur des enfans imperforés.	157

Pages.

1835. M. Klewig. . . . Opération de Littre sur un enfant imperforé. 158
M. Roux. . . . . Idem. . . . . idem. 161
1839. M. Velpeau. . . Idem., sur un adulte. 161
1839. Dupuytren. . . . Opération d'anus artificiel sur un enfant imperforé. 162
1839. M. Laugier. . . . Article publié dans le Bulletin chirurgical et intitulé : « Anus artificiel » pratiqué suivant la méthode de Cal- » lisen, par M. Amussat. ». 162

TROISIÈME PARTIE.

RÉFLEXIONS SUR LES DOCUMENS.

Division des documens en deux classes, les procédés et les faits 165
Méthode de Littre perfectionnée par Duret. 165
Chirurgiens qui l'ont pratiquée les premiers. 165
Résumé. 167
Procédé de Callisen. 168
Opinion des auteurs sur ce procédé. 168
Préférence qu'on doit accorder à ce procédé modifié. 170
Tableau des opérations d'anus artificiels pratiquées sur les adultes et sur les enfans. 172
Classification des faits en deux catégories. 174
Résumé des faits de la première catégorie. 174
Fait de Dubois. 175
— de Duret. 175
— de Desault. 176
— de Voisin. 176
— de Desgranges. 177
— de Voisin. 177
— de Duret. 178
— de Legris. 179
— d'un chirurgien de Lyon. 179
— d'un chirurgien de Brest. 179
— de Serrand. 179
— de Freer. 180

Pages.
Fait de Miriel. 180
— de M. Ouvrard. 180
— de Miriel. 180
— de Miriel. 181
— de Bizet. 181
— de M. Klewig. 181
— de M. Roux. 182
— de Dupuytren. 183

RÉFLEXIONS GÉNÉRALES SUR LES FAITS DE LA PREMIÈRE CATÉGORIE.

Age. 184
Sexe. 184
Altérations organiques. 184
Opérations pratiquées avant l'établissement de l'anus artificiel. 185
Procédés opératoires. 185
Accidens survenus. 185
Résultats des opérations. 186

RÉSUMÉ DES FAITS DE LA DEUXIÈME CATÉGORIE.

Fait de Pillore de Rouen. 188
— de Fine. 190
— de Freer. 191
— de Pring. 191
— de Martland. 192
Résumé du premier fait de l'auteur. 193
— du deuxième fait. 194
— du fait de M. Velpeau. 194

RÉFLEXIONS GÉNÉRALES SUR LES FAITS DE LA DEUXIÈME CATÉGORIE.

Sexe. 195
Age. 195
Maladies qui ont nécessité l'opération. 196
Procédés opératoires. 197
Difficultés survenues pendant l'opération. 198
Suites. 198

Pages.

Résultats des opérations. 199

Comparaison des deux procédés. 199

Résultat général des opérations pratiquées sur les enfans et sur les adultes. 199

Réflexions sur l'article de M. Laugier, relatif à mes deux opérations d'anus artificiels. 200

Corollaires. 202

[IV.]

DEUXIÈME MÉMOIRE

SUR LA POSSIBILITÉ

D'ÉTABLIR UN ANUS ARTIFICIEL

DANS LES RÉGIONS LOMBAIRES, SANS OUVRIR LE PÉRITOINE[1]

Depuis la communication que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie, le 1er octobre 1839, de mes deux premières opérations d'anus artificiels établis avec succès dans la région lombaire gauche, sans ouvrir le péritoine, j'ai eu l'occasion de pratiquer trois autres opérations de ce genre.

Je vais d'abord vous rendre compte brièvement des deux dernières, parce qu'elles ont un rapport direct avec les deux autres. Dans les deux nouvelles opérations, j'ai établi l'anus artificiel à la région lombaire droite, sur le colon ascendant, sans ouvrir le péritoine, tandis que, dans les deux premiers cas, j'ai pratiqué l'opération à la région lombaire gauche.

A la suite de ces deux faits, je donnerai la continuation des observations des deux premiers malades que j'ai opérés, et enfin, après avoir parlé d'une autre opération d'anus artificiel que j'ai été forcé de pratiquer par la méthode de Littre, je terminerai par quelques réflexions sur l'opération en général.

Je réclame toute l'indulgence de l'Académie pour ce nouveau travail; ce sont des matériaux d'un mémoire rassemblés

[1] Le premier Mémoire a été inséré dans la *Gazette médicale* de 1839, et se trouve chez G. Baillière, libraire, 2, place de l'Odéon.

à la hâte, les faits ne sont pas classés et élaborés comme je le voudrais. En attendant mieux, je crois devoir faire connaître le plus promptement possible à l'Académie et aux chirurgiens tout ce que j'ai fait sur ce sujet important.

OBSERVATION I

(3e OPÉRATION)

OCCLUSION COMPLÈTE DU TUBE DIGESTIF, DEPUIS 10 JOURS, SUR UNE FEMME AGÉE DE CINQUANTE ANS; — ANUS ARTIFICIEL ÉTABLI AVEC SUCCÈS DANS LA RÉGION LOMBAIRE DROITE SUR LE COLON ASCENDANT, SANS OUVRIR LE PÉRITOINE, ET SANS SAVOIR POSITIVEMENT OU ÉTAIT L'OBSTACLE.

Mme B..., âgée de cinquante ans, d'un tempérament nerveux, habituellement constipée, comme le sont, du reste, beaucoup de femmes, eut, dans le mois de mai 1839, une perte utérine assez abondante, qui nécessita des soins continus pendant près d'un mois. Cet accident, que l'on considéra comme précurseur de l'époque critique, n'empêcha pas les règles de paraître régulièrement jusqu'au mois de janvier dernier; depuis ce moment, elles ont complétement cessé.

Cette dame est accouchée heureusement de six enfants. Elle a eu deux fausses couches : la première a été suivie d'accidents du côté de l'utérus qui, depuis cette époque, a presque toujours été le siége ou le point de départ de quelques douleurs.

Après la cessation des règles, et surtout à partir du mois de septembre dernier, Mme B... eut de plus grandes difficultés qu'auparavant à aller à la garde-robe; la constipation devint plus opiniâtre, elle durait plus longtemps, et ne pouvait être vaincue que par des lavements répétés. Les matières fécales étaient dures, noirâtres et en boulettes; d'autres fois elles avaient l'aspect de sangsues accolées les unes aux autres. Néanmoins, à part quelques vomissements, des douleurs épigastriques, des coliques et un état de malaise qui survenait à la suite des efforts de défécation, Mme B... avait de l'appétit et n'éprouvait aucune dou-

leur qui pût faire craindre les suites de cette constipation plus opiniâtre que de coutume. Mais, dans le courant du mois de mai dernier, les selles devinrent plus difficiles encore; souvent, au lieu de matières fécales, Mme B... ne rendait que des gaz; elle avait des coliques, et, après ses repas, elle se sentait gonflée, et elle était obligée de desserrer les cordons de ses vêtements.

Le 27 mai, après quatre ou cinq jours passés sans aucune évacuation de gaz ni de matières fécales, Mme B... fut obligée, à cause des douleurs qu'elle éprouvait, de réclamer les soins d'un médecin. Des sangsues, au nombre de vingt-huit, furent appliquées à l'épigastre qui était douloureux; des lavements furent prescrits, ainsi que de légers laxatifs; mais ils n'eurent aucun résultat, et, l'état de la malade devenant de plus en plus grave, la constipation persistant toujours, on fit appeler d'abord M. Chomel, et plus tard M. Deguise, qui resta seul chargé du traitement. Ce praticien distingué mit en usage tous les moyens connus pour favoriser la contraction des intestins et amener des garde-robes, moyens qui avaient déjà été conseillés par M. Chomel. Des lavements, des purgatifs drastiques, etc., le cathétérisme du rectum avec une sonde œsophagienne, furent tour à tour employés et repris. On eut aussi recours aux douches ascendantes à l'aide de l'appareil Bizet.

Le 27 juin, M. Deguise ayant épuisé, sans résultat, toute la série des moyens dont il dirigeait lui-même l'administration, pensa qu'il n'y avait plus que l'établissement d'un anus artificiel qui fût capable de remédier à l'état alarmant de Mme B...., et ce fut sous l'influence de cette idée qu'il me fit appeler. Alors il y avait trente-quatre ou trente-cinq jours au moins que la malade n'avait rendu ni gaz, ni matières par l'anus; le ventre était très-distendu, et, par suite de l'amaigrissement qui survient constamment dans ces circonstances, on voyait, à travers les parois amincies de l'abdomen, des *anses intestinales gonflées par des gaz*, et donnant à la percussion un son tympanique.

La malade étant placée sur le ventre, le flanc droit nous parut un peu plus distendu que le gauche. Une sonde de gomme élastique fut introduite dans le rectum; mais, arrivée à six ou huit pouces de hauteur, elle se recourbait et ne pouvait pénétrer au delà. En examinant par le vagin, on reconnut, en effet, que la sonde s'était repliée dans le rectum, et l'on constata que l'utérus n'était pas déplacé, mais qu'il était un peu plus volumineux peut-être que dans l'état ordinaire. Les lavements ne pénétraient qu'avec la plus grande difficulté ; ils étaient expulsés aussitôt sans entraîner de matières fécales. Depuis quelques jours seulement il y avait eu des vomissements bilieux, sans odeur fécale, et le pouls qui, depuis le commencement de la maladie, n'avait pas été fébrile, était assez fort et sans fréquence.

Quelle était la cause de cette rétention des gaz et des matières fécales survenue presque tout à coup chez notre malade? Telle fut la question que nous agitâmes tout d'abord, sans pouvoir y répondre d'une manière satisfaisante, car les antécédents et l'état actuel ne nous fournissaient aucune indication qui pût nous éclairer.

Avions-nous affaire à une tympanite essentielle, c'est-à-dire, produite simplement par une atonie, une espèce de paralysie des intestins? cela n'était pas probable, car les faits de cette nature, s'ils existent réellement, doivent être excessivement rares. Disons même que depuis le progrès de l'anatomie pathologique, de cette science si bien cultivée de nos jours, et qui a déjà fait disparaître tant de maladies prétendues essentielles, on est porté à penser qu'autrefois la cause des accidents produits par la rétention des matières fécales était méconnue, parce qu'alors les autopsies des individus qui succombaient n'étaient pas faites, ou n'étaient pratiquées qu'incomplétement.

S'agissait-il d'un volvulus, d'une invagination intestinale, d'un étranglement produit par une bride, etc.? Sans doute, dans ces affections, le cours des matières fécales est arrêté subitement; mais il existe en même temps des symptômes généraux beaucoup plus graves que ceux que nous observions chez notre malade, des accidents semblables à ceux qui accompagnent presque constamment les hernies étranglées; et, de plus, nous n'avions pas constaté chez M^me^ B... les vomissements stercoraux qui surviennent si souvent dans les étranglements internes produits par les causes que nous venons d'indiquer... De l'absence de ces vomissements, devions-nous conclure que l'obstacle était situé dans un point assez rapproché de la fin du gros intestin, vers l'*S* iliaque, par exemple? Il est vrai de dire que, dans les rétrécissements de cette portion du tube digestif, ce phénomène a manqué quelquefois;

mais les observations, publiées sur ce sujet, sont ou incomplètes ou trop peu nombreuses pour servir utilement au diagnostic.

L'utérus ou ses annexes étaient-ils le siége de productions morbides, de tumeurs ayant effacé, par leur développement, le calibre du gros intestin ? Cela pouvait être; mais il était impossible, à cause du ballonnement considérable du ventre, d'être fixé à cet égard, et le toucher par le vagin et le rectum ne faisait reconnaître qu'une hypertrophie peu prononcée de la matrice.

Enfin l'obstacle était-il produit par des corps étrangers accumulés dans les gros intestins, comme M. Cruveilhier et d'autres observateurs en ont publié des exemples ?

Malgré l'impossibilité de découvrir la cause, la nature et le siége de l'obstacle, nous ne devions pas, nous ne voulions pas rester spectateurs passifs de la mort inévitable de la malade; mais que fallait-il faire ? Dans quel point de l'abdomen pouvions-nous tenter, avec le plus de chances de succès, l'établissement d'un anus artificiel ?... On comprendra sans peine qu'il est difficile à un chirurgien d'être placé dans une position plus embarrassante.

Quoi qu'il en soit, la nécessité d'opérer étant bien reconnue, je m'empressai de répéter mon procédé sur le cadavre d'un homme ayant succombé à une hémorrhagie provenant de la rupture d'un anévrisme de l'artère carotide, et je dois avouer que, malgré toutes les précautions que j'ai prises et le soin que j'ai mis à cette opération importante, j'ai ouvert le péritoine sans m'en douter. Pourtant j'étais bien sur mes gardes. Il est vrai de dire que l'*intestin était vide*, et que je ne l'avais pas insufflé; mais le péritoine est si mince en dehors du colon, que je l'ai ouvert en croyant couper la lame externe ou le tissu cellulaire qui recouvre la séreuse. Je raconte ce fait avec intention, afin d'engager les chirurgiens à faire toujours cette répétition avant de pratiquer l'opération sur le vivant; ils

apprendront alors à éviter la faute que je viens de signaler. D'ailleurs, comme je l'ai déjà dit dans mon premier mémoire, on est bien plus sûr de soi, et moins préoccupé de la difficulté en face de laquelle on va se trouver, lorsqu'on a répété sur le cadavre une opération quelconque que l'on est appelé à pratiquer, et de laquelle dépend souvent la vie d'un individu.

Pour m'assurer de nouveau qu'il est difficile, souvent même impossible, d'introduire une sonde au-delà de l'*S* iliaque; que, par conséquent, le cathétérisme de l'intestin est presque toujours illusoire et ne peut servir au diagnostic des rétrécissements situés dans un point élevé de l'intestin, parce que la sonde s'est repliée alors qu'on croit être arrivé très-haut; pour m'assurer, dis-je, de ce fait important, sur lequel d'ailleurs j'étais déjà à peu près fixé, j'introduisis dans le rectum d'un cadavre, autre que celui qui m'avait servi pour pratiquer mon opération, une grande sonde œsophagienne portant à son extrémité une olive formée par un mélange emplastique destiné à prendre la forme des rétrécissements, et j'acquis la conviction, en ouvrant le cadavre, que cette sonde s'était arrêtée dans l'un des replis de l'*S* iliaque; même après l'enlèvement des intestins grêles, en voulant pousser ma sonde avec un peu plus de force, je vis l'olive de l'instrument, qui était cependant en cire assez molle, déprimer fortement le point sur lequel elle appuyait, et enfin déchirer l'intestin. Ainsi, d'après cette expérience que j'ai souvent répétée, et dernièrement encore, en présence de MM. Récamier, Mayor et de plusieurs autres médecins, le cathétérisme forcé de l'intestin est dangereux, parce que, si on le pratique avec force, on peut produire des déchirures; il est presque toujours illusoire, comme je l'ai déjà dit, parce que la sonde se replie et donne une fausse idée de la hauteur à laquelle elle est introduite. Il est bien entendu que nous parlons seulement ici dans la supposition d'une disposition normale de l'*S* iliaque, laissant de côté les cas

dans lesquels cette partie du gros intestin étant droite et non contournée, comme cela existe quelquefois, une sonde peut être introduite assez facilement et à une assez grande hauteur; mais ces cas sont excessivement rares.

Je reviens à notre malade :

Le lendemain, 28 juin, M. Deguise et moi, nous insistâmes encore sur les lavements forcés; nous renouvelâmes nos explorations avec toute l'attention possible, mais sans arriver à un diagnostic plus précis sur le siége de l'obstacle. Aucun point de l'abdomen ne donnait un son mat à la percussion; les flancs n'étaient pas plus bombés, plus saillants d'un côté que de l'autre. Dans ces circonstances graves et embarrassantes, nous convînmes qu'il fallait, avant de recourir à l'opération, qui seule nous paraissait offrir des chances de succès, réunir auprès de la malade quelques-uns de nos confrères les plus capables de nous éclairer.

Le même jour, dans la soirée, MM. Magendie, Breschet, Chomel et Foville, se rendirent avec empressement à notre invitation. Après un examen attentif et une discussion approfondie à laquelle prirent part MM. L. Boyer, Filhos, Delarue et Levaillant, il fut décidé à l'unanimité que l'on insisterait encore sur les lavements forcés, sur les douches ascendantes; qu'on emploierait le galvanisme, et que, dans le cas où tous ces moyens n'apporteraient aucun changement dans l'état actuel de la malade, il faudrait pratiquer l'opération d'après le procédé que j'avais déjà appliqué deux fois avec succès.

Immédiatement après cette consultation, nous administrâmes des douches ascendantes d'eau et d'air; des lavements furent également donnés, en ayant le soin de fermer l'anus aussi exactement que possible pour que le liquide entrât forcément; mais, après avoir poussé trois lavements, nous vîmes que malgré tous nos efforts le liquide s'échappait par l'anus, et qu'il sortait aussi clair qu'il était entré; toutes nos tentatives n'aboutirent qu'à nous prouver qu'un seul lavement pouvait être conservé par la malade, et qu'au-delà de cette quantité de liquide il était impossible d'en faire pénétrer davantage.

Le lendemain matin, c'est-à-dire le 29 juin, l'électricité fut appliquée avec beaucoup de soin par M. le docteur Schuster; elle ne produisit aucun changement dans l'état de la malade, pas plus que les douches ascendantes et les lavements forcés que l'on administra encore une fois. Dès lors, il n'y avait plus à hésiter; il fallait, sans tarder davantage, pratiquer l'opération. Il y avait urgence, car la malade s'affai-

blissait, et d'ailleurs nous avions agi avec toute la prudence possible, en nous aidant des conseils de nos savants confrères, qui avaient approuvé le moyen extrême qu'il nous restait à employer.

Le 30 juin, à 4 heures du soir, tout était disposé pour l'opération; MM. Foville, Mayor, Scoutetten, Thibault, Cléver de Maldigny, Boyer, James, Dubrac, etc., avaient été invités à y assister; mais il nous fut impossible de décider la malade à s'y soumettre.

Le 1er juillet, Mme B... était assez calme, malgré la contrariété et l'inquiétude que lui avait causées, la veille, la nécessité bien démontrée d'une opération. Elle n'avait pas de fièvre, le pouls était assez fort, le ventre était cependant un peu plus distendu encore, sans être douloureux, mais il n'y avait eu aucune évacuation par l'anus, soit de gaz, soit de matières. Les vomissements bilieux avaient été un peu plus fréquents.

Le 2 juillet, au matin, l'affaiblissement était plus grand, le pouls petit et fréquent, l'haleine fétide, et la malade exhalait une odeur stercorale. Les vomissements bilieux avaient été plus abondants, le ventre était très-distendu, et la malade avait éprouvé, cette nuit, des douleurs épigastriques très-violentes. Cet état d'aggravation dans les symptômes, ainsi que la difficulté ou plutôt l'impossibilité de préciser le siége et la nature de l'étranglement intestinal, nous empêchèrent encore cette fois d'agir sans l'approbation des confrères que nous avons dénommés plus haut. La nécessité de l'opération, déjà reconnue, ne faisait sans doute que s'accroître; nous étions bien fixés sur le lieu où nous pratiquerions l'anus artificiel et sur le procédé à suivre, puisque, sans le refus de la malade, nous aurions déjà agi. Mais, d'une part, Mme B... était déjà très-affaiblie; n'avions-nous pas attendu trop longtemps ? et, d'autre part, notre projet d'opération était fondé sur un diagnostic si obscur, que nous étions incertains sur sa réussite. Nous désirions donc que sur l'un et l'autre de ces points importants, une nouvelle discussion eût lieu. Le soir même, MM. Magendie, Breschet, Chomel, furent encore réunis en consultation. Il y eut *unanimité* sur la nécessité de pratiquer promptement l'opération; mais il n'en fut pas de même sur le lieu où l'anus artificiel devait être établi, car ni l'examen du ventre, ni la percussion, ni la succussion n'avaient fait découvrir aucun signe qui pût fixer le diagnostic. Quelques-uns des consultants voulaient qu'on attaquât le colon lombaire gauche, parce que, dans ce point, l'intestin devait être distendu, l'obstacle se trouvant probablement au dessous, puisque la malade ne pouvait recevoir qu'un seul lavement; d'autres, au contraire, rejetant ce moyen de diagnostic comme incertain et illusoire, parce que dans l'état normal quelques individus sont dans ce cas, insistaient pour qu'on ouvrit de prime abord le colon

lombaire droit. Je m'étais déjà arrêté à cette dernière opinion, que j'aurais mise à exécution trois jours auparavant, sans le refus de la malade; et, dans le doute où j'étais toujours si je ne serais pas force d'agir sur l'intestin grêle, je persistai à penser qu'il valait mieux arriver d'abord sur le colon ascendant, que j'ouvrirais s'il était distendu; dans le cas contraire, j'étais décidé à faire une incision en avant du cœcum, pour trouver la fin de l'intestin grêle et aller à la recherche de l'étranglement.

Le 3 juillet, à 6 heures du matin, l'opération fut pratiquée en présence de MM. Breschet, Deguise, L. Boyer, Filhos, Schuster, Bowman, Delarue, Guérineau et Levaillant.

Après que les objets nécessaires à l'opération eurent été préparés (bistouris convexes droits, courbes et boutonnés, plusieurs pinces à torsion, des ciseaux droits et courbes, des ténaculums simples et doubles, des sondes cannelées, un petit trocart, des aiguilles à acupuncture, des aiguilles courbes enfilées de fils cirés, des aiguilles à suture en platine, des canules élastiques droites et courbes, une seringue pleine d'eau tiède; enfin, comme réserve, un bistouri de Pott, et les instruments nécessaires pour faire la suture des intestins), la malade fut placée sur un lit de sangle, le ventre appuyé sur des oreillers, afin de faire saillir les régions lombaires. *Des deux côtés, même volume, même son à la percussion.*

Une incision d'à peu près quatre pouces d'étendue fut pratiquée transversalement dans la région lombaire droite, au milieu de l'espace qui sépare la crête iliaque de la dernière fausse côte, et à partir de la masse commune des sacro-lombaire et long-dorsal. Le bord de ces muscles ayant été incisé, ainsi que les tissus sous-jacents, bientôt j'arrivai sur le carré des lombes, que je reconnus facilement à sa direction très-oblique en bas et en dehors. Je coupai le bord de ce muscle, je tordis une petite artère. Après avoir coupé le feuillet antérieur de l'aponévrose postérieure du transverse, j'aperçus le tissu cellulaire intermédiaire à la masse adipeuse qui recouvre le rein et le colon. Je touchai et je fis toucher le rein, puis j'incisai verticalement la masse adipeuse qui se trouve constamment au-dessous de cet organe, et, portant mes recherches en arrière, je sentis sous mes doigts un intestin distendu. C'était le colon lombaire droit dépourvu de péritoine; je le reconnus *à la résistance de ses parois et à ses fibres musculaires* plus prononcées que celles de l'intestin grêle, et je le fis reconnaître aux personnes présentes.

Ce point important, capital dans l'opération, étant bien établi, grâce à l'assistance éclairée de MM. Breschet et Deguise, je passai avec une aiguille courbe un fil dans l'épaisseur de la paroi de l'intestin, afin de

le maintenir, et je pratiquai une ponction avec un petit trois-quarts. Beaucoup de gaz et très-peu de matières fécales sortirent par la canule; mais, l'instrument étant ressorti, de l'air s'infiltra dans le tissu cellulaire environnant, que je fus obligé de reséquer pour mettre le colon complétement à découvert. Aussitôt cet intestin fut attiré au dehors à l'aide du fil que j'avais passé dans ses parois, puis je l'ouvris assez largement, surtout dans le sens vertical, avec un bistouri boutonné. Enfin, les bords de l'ouverture furent attirés et maintenus par trois pinces à torsion. Après avoir broyé, avec le doigt indicateur introduit par la voie nouvelle, des matières fécales assez dures, il s'en écoula une assez grande quantité. Au milieu de ces matières demi-solides, on reconnut des *pepins de groseilles et des noyaux de cerises* en assez grand nombre. Je facilitai les évacuations en injectant de l'eau tiède dans la partie supérieure et inférieure du colon que je venais d'ouvrir. En portant de nouveau mon doigt dans la partie inférieure de l'intestin, je touchai et je crus reconnaître la valvule iléo-cœcale. Quelques lambeaux du tissu adipeux qui environne le rein et le colon, furent reséqués. Enfin, dès que les évacuations furent moins abondantes, je fixai solidement l'ouverture de l'intestin aussi près que possible de l'angle antérieur de la plaie, au moyen de cinq points de suture entrecoupée, en ayant le soin de renverser la muqueuse en dehors, et je pratiquai, en outre, un point de suture entortillée pour réunir l'angle postérieur de la plaie. La malade, qui avait supporté avec courage cette opération, fut replacée dans un lit que l'on avait garni d'alèzes; et on l'engagea à se tenir sur le côté droit, afin de permettre aux matières fécales de s'écouler librement. L'anus artificiel fut recouvert d'un large cataplasme, et l'on recommanda de faire sur la plaie des lotions fréquentes avec de l'eau tiède, pour la débarrasser des matières qui pourraient se trouver en contact avec elle.

Dans la soirée, nous revîmes M^me^ B... : elle était calme et se sentait soulagée, le ventre était souple et insensible à la pression. L'anus artificiel livrait fréquemment passage à des gaz et à des matières fécales. Le pouls avait repris de la force, sans avoir acquis de la fréquence.

Le lendemain, des matières fécales continuent à sortir par l'anus artificiel; le ventre est souple, non douloureux à la pression, mais un peu distendu encore; l'intestin ouvert s'est un peu rétracté; les sutures ne se sont pas dérangées. Il n'y a pas eu de vomissements. Le pouls est assez fort, il donne 70 ou 80 pulsations par minute. La nuit a été bonne.

Le 5 juillet, M^me^ B... demande à manger; son état s'améliore; elle a pris un lavement opiacé qui l'a engourdie, et qui, plus tard, lui a donné des étourdissements ; elle croyait que son lit tournait.

Le 6, j'introduis mon petit doigt dans l'anus artificiel, et je donne un quart de lavement qui n'est pas rendu. Les fils qui ont servi à la suture ne tiennent plus qu'à la peau. La malade croit avoir rendu cette nuit des gaz par le rectum, ce qui me paraît fort douteux.

Le 8, toutes les sutures se sont détachées; l'anus artificiel est solidement fixé à la plaie, qui a un très-bon aspect. En introduisant mon doigt dans l'ouverture artificielle, après avoir pratiqué des injections, j'ai touché le rein à travers les parois de l'intestin, et j'ai trouvé des matières fécales dans la partie inférieure du colon ascendant. Les évacuations abondantes ; les cataplasmes, appliqués continuellement sur la plaie, sont changés plusieurs fois par jour, et ils sont toujours recouverts de matières fécales. Le ventre est souple et insensible à la pression ; il n'y a pas eu de fièvre.

10 juillet, même état. Le ventre est encore un peu volumineux; malgré les évacuations abondantes de gaz et de matières fécales qui ont lieu facilement; mais, comme l'a observé judicieusement mon excellent ami, M. le docteur Troussel, en examinant la malade, cela tient à ce que les intestins ayant été longtemps distendus, il faut un certain temps pour que la membrane musculeuse revienne à son état normal. Jusqu'à présent il n'est pas survenu le moindre accident; le travail inflammatoire autour de la plaie a été aussi simple et aussi régulier que si un intestin n'eût pas été ouvert.

Le 14 juillet, M. Magendie constate avec nous que la malade est dans un état on ne peut plus satisfaisant; l'appétit augmente ainsi que les forces. L'anus artificiel est bien établi ; il est situé à l'angle antérieur de la plaie ; mais, comme il a de la tendance à se rétracter et à se resserrer, je crois devoir le dilater avec une mèche de charpie assez grosse, analogue à celle qu'on emploie après l'opération de la fistule à l'anus. Des lavements ont été administrés tous les jours ; ils facilitent la sortie d'une grande quantité de matières fécales.

Le 15, M^me^ B... croit avoir rendu quelques matières par l'anus normal. Pour m'assurer de ce fait, j'introduis le doigt indicateur dans le rectum ; je trouve qu'il est affaissé d'avant en arrière ; je ne rencontre pas de matières fécales ; en retirant mon doigt, ma main est tachée de sang, qui me paraît venir de la vulve, et non pas du rectum comme la malade le pensait. Après avoir administré un lavement par le rectum, il est sorti des grumeaux de matière caséeuse et quelques boulettes de matières fécales dures et noirâtres. Le toucher par le vagin me fait reconnaître que l'utérus est placé à gauche, que le col est en arrière, qu'il est gros et dur, et que sa surface et sa cavité sont le siége de petites végétations polypeuses. Mon doigt est taché de sang brun, et il entraîne quelques caillots. La malade me dit que ce sont ses règles

qui reviennent, et qu'il est probable que le sang s'est accumulé dans l'utérus depuis quatre mois.

Le 17, M^me^ B... a eu des coliques après avoir bu du jus de pruneaux mélangé avec une décoction de séné. La plaie est belle et se rétrécit remarquablement. Un bourgeon assez gros, paraissant appartenir au tissu adipeux, qui recouvre le rein, a presque entièrement disparu. L'anus artificiel est plus évident et plus largement ouvert que les jours précédents. Il n'est pas sorti de sang par la vulve depuis hier. La malade croit avoir rendu des gaz par l'anus normal.

Le 20, M. Chomel a visité M^me^ B..., qui continue à avoir de l'appétit et à reprendre des forces.

Le 22 juillet, après un lavement donné dans le rectum, il est sorti par l'anus normal un cylindre de matières fécales noirâtres bien moulées, de 7 centimètres de long, et des mucosités sanguinolentes. Cette expulsion de matières anciennes nous fait espérer que peut-être les évacuations reprendront leur cours naturel. La malade est enchantée de penser qu'on pourra la débarrasser de son anus artificiel.

Malgré la sortie de ces matières fécales par le rectum, il y a eu aujourd'hui des évacuations abondantes par l'anus artificiel, qui est maintenant largement ouvert, et qui présente un très-bon aspect.

M^me^ B... est aujourd'hui, 6 septembre, deux mois et quelques jours après l'opération, dans l'état le plus satisfaisant; elle a complétement recouvré l'appétit et les forces; en un mot, sa santé est aussi bonne qu'on pouvait le désirer. L'anus artificiel est depuis longtemps déjà solidement établi. Les évacuations ne sont pas continuelles et involontaires comme on serait porté à le supposer; elles sont, au contraire, assez difficiles, et on est obligé de les faciliter en donnant des lavements pour dégager les matières fécales, qui sont presque toujours dures et moulées. Depuis l'opération, et à des intervalles assez éloignés, il est sorti par l'anus normal, à la suite de lavements, deux ou trois cylindres de matières fécales.

En résumé, nous espérons que l'affection organique latente qui a nécessité l'établissement d'un anus artificiel, n'est pas de nature à compromettre, au moins d'ici à longtemps, le succès de notre opération.

Réflexions. — Cette observation est extrêmement intéressante sous tous les rapports : je crois utile d'en faire ressortir les points les plus importants.

Remarquons d'abord que les antécédents ne fournissaient aucun renseignement utile pour déterminer le point obstrué,

rien, absolument rien qui pût mettre sur la voie du lieu précis de l'étranglement. Rien qu'une constipation opiniâtre qui prouvait que l'obstacle s'était formé lentement. Il est bon de se rappeler seulement que l'utérus avait été le siége de quelques accidents, et que la constipation était devenue plus opiniâtre après la cessation des règles. Enfin, à dater du 27 mai dernier jusqu'au moment de l'opération, c'est-à-dire pendant quarante jours, il n'y avait plus eu aucune garde-robe. C'était donc une tympanite stercorale chronique ; il n'y avait aucun symptôme de travail inflammatoire local pour expliquer l'occlusion complète du tube digestif.

Les premiers médecins qui furent appelés auprès de M^me^ B... avaient combattu inutilement cette tympanite stercorale par tous les moyens employés en pareille occasion ; ils reconnurent bientôt qu'il existait un obstacle organique, un véritable étranglement de l'intestin. Après avoir analysé tout ce qui avait été fait avec M. Deguise, qui m'a si bien secondé sous tous les rapports pour mener à bonne fin cette difficile entreprise, nous constatâmes que tous les agents thérapeutiques employés jusqu'à présent avaient été impuissants pour vaincre l'obstruction des intestins ; je fis encore l'essai d'une sonde œsophagienne garnie à son extrémité comme la bougie à empreinte de l'urètre et pourvue d'un mandrin recourbé, mais ce fut encore sans succès.

Enfin, après avoir épuisé toutes nos ressources, nous provoquâmes deux grandes consultations à quatre jours d'intervalle l'une de l'autre ; mais, malgré la coopération attentive des confrères les plus éclairés, il nous fut impossible de fixer le siége de l'étranglement, quoique tout eût été observé et discuté avec le plus grand soin.

Comme on le voit, le diagnostic précis était fort difficile à établir ; je me trompe, le simple diagnostic était clair ; il était évident pour tous les consultants, que nous avions affaire à un

étranglement interne, à une obstruction complète des intestins, puisque depuis trente et quelques jours il n'était sorti ni gaz ni matières fécales par l'anus, malgré les purgatifs drastiques et tous les moyens mécaniques employés avec le plus grand soin et la plus grande persévérance. Il faut le dire et le répéter, la difficulté était extrême au moment de se décider à prendre un parti ; l'incertitude du point précis de l'étranglement et de sa nature rendaient une résolution redoutable pour l'opérateur. A quoi tenait donc cette difficulté insurmontable? et pourquoi n'avions-nous que des probabilités? aujourd'hui même, nous ne pouvons résoudre encore qu'un seul point du problème : c'est que l'obstacle est bien dans le gros intestin.

Examinons, au reste, les raisons qu'on pouvait alléguer pour et contre un obstacle siégeant dans le gros intestin ou dans l'intestin grêle, afin de mieux faire connaître les difficultés de ce fait embarrassant, et d'être utile à ceux qui pourraient en rencontrer de semblables.

Voyons d'abord tout ce qu'on pouvait faire valoir en faveur d'un étranglement interne du gros intestin :

Il existait une tympanite stercorale évidente et persistante ;

Des vomissements avaient lieu, sans fréquence il est vrai, mais sans matières fécales ;

Il y avait aussi de temps en temps quelques hoquets ;

Un seul lavement forcé pouvait être reçu, et le *liquide ressortait aussi clair qu'il était entré ;*

Une sonde œsophagienne ne pouvait être introduite profondément ; mais j'ai démontré que ce signe n'était d'aucune valeur.

En résumé, il n'y avait que le lavement forcé qui, réuni à l'absence complète de selles et de gaz, pût nous guider et nous faire soupçonner que l'obstacle était dans le gros intestin.

Quelle raison pouvait-on opposer à cette idée?

L'absence des vomissements de matières fécales (peut-être

la valvule iléo-cœcale s'oppose-t-elle à la sortie des matières fécales lorsqu'il y a une grande étendue du gros intestin de libre).

Des boules de matières fécales, des cybales, comme on l'a observé assez souvent, auraient pu produire l'obstacle ; mais alors les lavements auraient été colorés et auraient pu pénétrer en grande quantité.

Enfin, une tympanite essentielle ; mais alors on aurait pu donner des lavements.

On aurait pu aussi supposer un étranglement des intestins grêles par une bride, une hernie ou un volvulus ; mais, dans ces cas, les phénomènes marchent ordinairement avec plus de rapidité.

En résumé, on voit qu'un diagnostic précis était ici impossible, et qu'il sera toujours fort difficile à établir dans des cas analogues, puisqu'il n'existe aucun signe qui puisse faire cesser l'incertitude. Ainsi, point de travail inflammatoire, point de douleur, ni de tumeur ; tout l'abdomen était sonore, point de matité ni de saillie dans les flancs ; ni la percussion, ni la succussion n'ont pu nous éclairer ; nous n'avons trouvé aucun caractère qui pût nous faire connaître la réplétion des gros intestins, et cependant nous savons maintenant qu'ils étaient fortement distendus par des matières fécales et des gaz.

Le ballonnement du ventre était un obstacle à l'examen des organes contenus, et, si j'avais pu dissiper la tympanite, j'aurais cru la difficulté levée.

Pour favoriser le diagnostic, j'avais pensé à faire la ponction des intestins avec un petit trois-quarts, afin de les affaisser et de permettre l'exploration de l'abdomen ; mais ce moyen, qui n'est probablement pas sans danger, aurait été d'une utilité moindre que je ne l'avais pensé d'abord, puisque maintenant que le météorisme a complétement disparu, je n'ai pu arriver

encore au résultat tant désiré, c'est-à-dire à trouver le point précis de l'étranglement. Cependant il est bon de dire qu'en affaissant le ventre par l'évacuation des gaz, il est probable que nous aurions pu constater la distension du gros intestin par des matières fécales, et alors, au lieu d'opérer à droite, j'aurais opéré à gauche. Ainsi donc, dans un cas pareil, on devra soigneusement peser les avantages et les inconvénients de ce moyen d'exploration, qui, du reste, pourrait apporter un grand soulagement et permettre peut-être d'attendre plus longtemps encore.

Mais, comme on le voit, rien n'avait pu indiquer positivement le siége et la nature de l'étranglement; et si la malade eût rendu quelque matière par l'anus normal, comme cela est arrivé depuis l'opération, nos doutes et notre perplexité eussent été encore plus grands. Quoi qu'il en soit, j'espère que ce fait servira beaucoup dans des cas analogues.

Que faire donc en pareille occasion, c'est-à-dire lorsque la tympanite stercorale est très-prononcée, lorque les drastiques et les lavements forcés ne produisent aucun résultat, et qu'enfin il est impossible de s'assurer où est l'étranglement? Malgré l'incertitude, il ne faut pas attendre trop longtemps, et agir comme nous l'avons fait; je dois dire en outre que, dans un pareil cas, avec *absence de douleurs dans l'hypochondre gauche*, je n'hésiterais pas à opérer de ce côté, si la malade ne pouvait recevoir qu'un seul lavement forcé, et après avoir bien pesé toutes les circonstances et avoir obtenu, bien entendu, l'assentiment des confrères les plus éclairés; ce doit être, du reste, la règle de conduite de tous les chirurgiens consciencieux, et qui ne veulent pas compromettre l'art.

Je reviens à M^me^ B... et à la difficulté du diagnostic. Malgré notre incertitude sur le siége de l'étranglement et sur sa nature, nous étions cependant unanimes sur la nécessité d'une opération qui devenait de plus en plus urgente.

Une seule personne, présente à la première consultation, avait émis l'idée, à cause de l'absence des vomissements stercoraux, que ce n'était point un étranglement des intestins, mais un cancer de l'estomac. Sans le moindre doute, il était difficile de soutenir une pareille opinion avec quelque vraisemblance, et, quoiqu'elle fût repoussée par tous les consultants et par moi-même, je dois avouer qu'étant déjà très-préoccupé et fort embarrassé pour prendre un parti je fus encore contrarié par cette idée décourageante.

Certainement, on peut dire maintenant que ces détails sont inutiles et ennuyeux peut-être; mais je raconte mes impressions du moment, et je ne veux rien laisser ignorer de ce qui peut être utile en pareille occasion. Une autre fois cette objection facile à réfuter pourrait se présenter encore, et ce précédent sera précieux alors pour ceux qui se trouveront dans le même embarras.

Les détails des consultations, mes préparatifs et mes essais sur le cadavre, donnent à peu près la mesure de mes perplexités avant de me décider à opérer.

Comme on peut le voir en relisant l'observation, l'opération a été simple et facile quand on ne considère que le résultat; mais, je dois le dire, cette opération est extrêmement pénible, à cause de l'incertitude et de l'anxiété qu'éprouve l'opérateur. Je ne veux ni amoindrir ni exagérer les difficultés, je veux mettre les praticiens en mesure de les bien apprécier, pour les préparer à les vaincre. Je ferai remarquer d'abord qu'il n'était pas certain que l'intestin fût dilaté dans le point que je devais attaquer; et ensuite je dois dire encore que, lorsque l'intestin est réellement distendu, rien ne l'indique suffisamment alors même qu'on a incisé toute la paroi lombaire, parce qu'on n'a d'autre signe qui puisse le faire reconnaître, que le ballonnement qui est à peu près le même partout. La seule boussole, le seul guide, le seul repère, c'est le rein et le tissu

adipeux qui se trouve au-dessous, et lorsqu'on a osé enfin inciser ce tissu adipeux, et qu'on est bien effectivement arrivé sur l'espace celluleux du colon, on n'a encore que le toucher qui puisse faire apprécier les parois épaisses et résistantes du colon et ses fibres musculaires; les bandelettes longitudinales sont aux deux extrémités de l'espace celluleux, par conséquent elles ne peuvent guider l'opérateur. Enfin, il faut se décider à plonger un trois-quarts dans le colon. Je dois l'avouer, c'est un moment perplexe pour l'opérateur.

Au lieu de décourager les chirurgiens, je veux leur inspirer de la confiance; mais je dois aussi les prévenir des dangers réels, et les mettre en garde contre la facilité apparente de cette opération, lorsqu'on ne considère que le résultat et la possibilité de la faire quelquefois très-vite et très-bien lorsque l'intestin est fortement distendu.

Pour se préparer et s'habituer à vaincre les difficultés de cette opération, il faut s'exercer le plus possible sur le cadavre, et avec beaucoup de soin; il faut varier ces essais, c'est-à-dire, pratiquer l'opération l'intestin étant vide et dilaté.

(*Voyez* mon premier mémoire.)

Un point important, et sur lequel j'insiste particulièrement, c'est que, pour être plus sûr de rencontrer le colon, il faut surtout se diriger en arrière, sous le carré des lombes, après avoir divisé son bord externe, plus que moins, sans pourtant se porter trop en dedans du côté du psoas et de la colonne vertébrale. Enfin, après avoir bien constaté l'endroit où l'on doit faire la ponction, on place un fil dans ses parois avec une aiguille courbe. On pourrait se dispenser de ce moyen; mais c'est une assurance de plus, et d'ailleurs c'est un soutien au moment de la ponction, que l'on doit faire avec un trois-quarts cannelé, pour pouvoir agrandir en haut l'ouverture sans ôter la canule.

Je l'ai déjà dit dans plusieurs occasions, mais on ne peut

trop le répéter : plus j'observe les chirurgiens, et plus je suis convaincu que c'est le soin qu'ils mettent à étudier et à répéter souvent les opérations difficiles sur le cadavre et sur les animaux vivants, qui établit surtout la différence entre eux.

D'après ce qui a été dit dans l'observation, on a pu voir facilement pourquoi j'ai établi l'anus artificiel à droite. Il est évident que, puisque nous ne savions pas précisément où était l'étranglement, et des douleurs ayant lieu *à gauche de l'épigastre*, je craignais que l'obstacle ne fût à gauche du colon transverse, comme j'en avais observé récemment un exemple. (*Voyez* la troisième observation de ce mémoire.) Par conséquent, en opérant à gauche, j'aurais craint de rencontrer l'intestin vide, c'est-à-dire, au-dessous de l'obstacle ; alors il aurait fallu tenter une deuxième opération à droite, et, si encore je n'avais pas trouvé le colon distendu, j'aurais fait une troisième opération, en avant du cœcum, pour trouver la fin de l'intestin grêle et aller à la recherche de l'étranglement. J'ai donc préféré ne courir que la chance de deux opérations au lieu de trois, et je n'ai aucun regret d'avoir agi ainsi, quoiqu'il soit très-probable, cependant, que l'obstacle est réellement au-dessous du colon gauche.

C'est la première fois que j'ai établi l'anus artificiel à droite ; j'ai beaucoup hésité, j'ai été fortement retenu par l'idée de sacrifier toute l'étendue du gros intestin ; mais le résultat obtenu prouve que les objections fondées sur la perte d'action de cette portion du tube digestif, n'ont pas une grande valeur, comme on le savait déjà, du reste, par des exemples d'anus artificiels survenus à la suite des hernies étranglées. Dans tous les cas, comme l'a dit très-judicieusement M. le doteur Bowman, présent à l'opération, qu'est-ce que c'est que le colon transverse ? car, entre l'opération faite à gauche ou à droite, il n'y a de différence que l'étendue du colon transverse, plus une petite portion des colons lombaires.

Les suites de l'opération ont été les plus simples; il n'y a pas eu le moindre accident local; cette large plaie transversale avec ouverture du colon et suture de l'intestin à la peau, s'est comportée absolument comme une plaie simple, comme un coup de sabre; il n'y a pas eu la moindre trace d'inflammation autour de la division; la cicatrice a marché aussi vite et a été aussi régulière que si un intestin n'eût pas été ouvert, et que si on n'eût pas pénétré aussi près du péritoine.

Ce résultat a vraiment dépassé mes espérances, et il faut l'avoir observé trois fois de suite pour être convaincu d'un fait aussi extraordinaire. Je dois dire, en outre, que la situation de l'anus artificiel en arrière contribue à produire un résultat aussi remarquable, parce qu'elle ne permet pas aux matières de séjourner et de s'infiltrer dans la plaie, comme lorsque l'anus est situé en avant.

Sur M^me^ B..., comme sur mes deux premiers opérés, l'anus artificiel est établi solidement à l'extrémité antérieure de l'incision. Ce fait est facile à constater, et il l'a été déjà par un grand nombre de médecins. On peut en outre s'assurer, comme conséquence de ce fait, que l'intestin et le rein ont été fortement entraînés en avant.

Ce résultat mérite de fixer un moment l'attention des observateurs. Il produit un éperon intérieur formé par la paroi postérieure du colon; mais il est moins marqué que sur tout autre intestin, parce que les colons n'ont pas de mésentère, et qu'ils sont attachés aux parois de l'abdomen autrement que les autres intestins. Le rein ainsi attiré repousse l'intestin en avant, et forme une espèce de bouchon ou de promontoire.

Sur M^me^ B..., toutes les fonctions s'exécutent parfaitement bien; l'état général est très-satisfaisant, et notre opérée, qui était dans un état de maigreur extrême, a déjà engraissé notablement.

Un autre fait remarquable et hors de doute maintenant,

parce que je l'ai constaté et fait constater plusieurs fois sur M^me^ B..., c'est que les matières fécales se durcissent et se moulent à peu près dans le cœcum comme dans le rectum, et que la constipation a lieu comme avant l'opération. On peut dire aussi que peut-être les matières se durcissent au-delà du cœcum, et qu'elles reviennent dans cet intestin par le mouvement antipéristaltique. Quoi qu'il en soit, les matières ne sortent presque jamais involontairement.

Cette infirmité est donc moins incommode qu'on ne le croit généralement, puisqu'il faut provoquer la sortie des matières par un lavement, et que souvent on est forcé de les broyer avec le doigt pour faciliter leur sortie.

Sur notre opérée, la large plaie qu'il a fallu faire pour assurer le succès de l'établissement d'une voie nouvelle, n'est plus qu'une grande ouverture fistuleuse ; elle est facile à entretenir et à boucher avec une mèche de charpie, une éponge ou un bouchon d'ivoire ou de toute autre substance, soutenus par une compresse et un bandage de corps. Dans la journée, et même la nuit, M^me^ B... n'a presque jamais besoin d'aller à la garde-robe; le matin seulement, après avoir fait une injection par l'anus artificiel, le ventre est gonflé, et elle sent des gargouillements. Alors il lui suffit de s'asseoir dans son lit pour faire sortir des gaz par l'anus artificiel. Du reste, la malade se lève et se couche seule, reste levée toute la journée; elle se tient parfaitement droite, ne souffre nulle part. Enfin elle peut déjà se suffire complétement à elle-même.

Ce nouveau fait confirme parfaitement tout ce que promettait cette rénovation chirurgicale, puisqu'il prouve qu'on peut réussir à droite comme à gauche; on peut donc espérer obtenir le même résultat pour toutes les obstructions du gros intestin.

Mais, en supposant que je n'eusse pas réussi, on en aurait tiré parti contre la chirurgie hardie, et surtout contre moi-

même. On conçoit facilement qu'un hasard malheureux, une complication fâcheuse, auraient pu compromettre le succès de cette opération, sans cependant détruire au fond les principes sur lesquels elle est basée; mais il n'en faut pas davantage pour retarder quelquefois indéfiniment la propagation des meilleures innovations. J'ai donc eu raison de dire que si je n'avais pas réussi, on aurait profité de l'insuccès, et, ce qui le prouve, c'est qu'on a répandu *mal et méchamment*, comme disait A. Paré, le bruit que M^me^ B... était mal, très-mal, tandis quelle a été toujours, comme maintenant, dans un état très-satisfaisant. Mais, lors même que mon opérée mourrait des suites de l'obstruction, on ne pourrait rien en induire de fâcheux contre le procédé opératoire, et la malveillance n'en pourrait tirer aucun parti; mais j'espère qu'elle vivra longtemps encore, pour ne laisser aucune prise aux mauvaises passions. Je ne fais ces réflexions que pour montrer les conditions fort chanceuses du progrès.

Après avoir jeté un coup d'œil rétrospectif sur notre malade, voyons maintenant s'il ne nous serait pas possible d'entrevoir son avenir.

Quelle est la cause de l'étranglement qui persiste encore ? Il est fort difficile de répondre à cette question, même après le succès de l'opération. Sans le moindre doute, il y a un obstacle réel, positif. Quelle est sa nature, et que deviendra-t-il ?.. Cherchons d'abord s'il ne serait pas possible de découvrir où est situé cet obstacle? Quoiqu'il soit fort difficile encore de résoudre ce problème, même après les nouvelles données fournies par l'opération, on peut dire, avec de grandes probabilités, que l'occlusion est dans le bassin, ou mieux dans l'*S* iliaque, comme nous l'avions supposé avant l'opération, d'après l'impossibilité de faire pénétrer plus d'un lavement : et, en outre, le ventre qui était tendu, rénitent et ballonné à gauche quelques jours après l'opération, s'est affaissé, peut-

être par l'action des purgatifs, mais certainement par les lavements laxatifs donnés par l'anus artificiel et dirigés vers le colon gauche. Je dois ajouter cependant que le toucher par le rectum et par le vagin ainsi que l'exploration de l'abdomen, n'ont pu encore rien faire découvrir pour donner la certitude que l'obstacle est bien situé là où nous le supposons; mais il est utile de rappeler que notre opérée ne peut toujours recevoir que la même quantité d'injections par l'anus normal, c'est-à-dire, à peu près une seringue ordinaire, tandis qu'elle peut en recevoir deux par l'anus artificiel.

De quelle nature est l'obstacle ? On ne peut guère hasarder à ce sujet que des probabilités : puisqu'il est impossible de dire si l'obstacle est intérieur ou extérieur à l'intestin, on ne peut présumer sa nature. Cependant on peut faire observer que rien, dans les antécédents, n'indique une maladie de l'intestin, aucun dérangement notable, point de douleurs, point de glaires, point de sang par l'anus.

Que deviendra cet obstacle ? Puisque nous n'avons pu répondre aux deux premières questions, il nous sera tout à fait impossible encore de répondre à celle-ci, qui est une conséquence des deux autres. Cependant nous nous permettrons quelques réflexions sur un sujet si intéressant. Des trois personnes que j'ai opérées, aucune n'a désiré aussi ardemment être débarrassée de son anus artificiel que M^me^ B..., et je dois dire que, par bonheur, aucune ne m'a semblé avoir autant de chances favorables. C'est donc un motif de plus pour débattre cette question, et pour chercher à pénétrer l'avenir de l'opérée, et à le devancer s'il est possible.

Enfin, peut-on raisonnablement espérer le rétablissement de la voie normale ?

Déjà des matières fécales sont sorties par cette voie, mais elles étaient évidemment anciennes; quoi qu'il en soit, le passage est donc devenu plus libre qu'avant l'opération, puisqu'il

est sorti des cylindres de matières fécales par le seul secours d'un lavement, tandis que les douches d'eau et d'air, et les lavements forcés, n'avaient pas amené ce résultat. Mais je crois qu'il n'est point sorti réellement de gaz, quoique la malade en ait eu plusieurs fois la sensation. Il est vrai de dire que rien ne force les matières et les gaz à sortir par en bas; tout, au contraire, les retient dans le cœcum et favorise leur sortie par l'anus lombaire, et, comme on doit le comprendre, les gaz ont plus de facilité à sortir par l'anus artificiel; en bas, au contraire, deux obstacles s'opposent à leur sortie, l'étranglement d'abord, et les sphincters après.

J'ai recueilli fort en détail ce nouveau fait dans le but d'être utile aux praticiens. Sans doute on trouvera généralement cette observation trop longue; mais je suis convaincu que les chirurgiens, qui la liront à la veille de répéter l'opération, ne blâmeront pas les développements dans lesquels je suis entré.

Pour résumer ce fait important le plus brièvement possible, je dirai :

1° Que l'opération a été faite quarante jours après une obstruction complète du tube digestif, et sans pouvoir préciser le siége et la nature de l'obstacle;

2° Que l'opération a été pratiquée dans la région lombaire droite, sur le colon ascendant, parce que rien ne pouvait assurer positivement où était située l'obstruction;

3° Que l'opération n'a été suivie d'aucun accident, et que la guérison a été obtenue en quelques jours, comme pour une plaie simple;

4° Que l'anus artificiel est solidement établi, qu'il fait parfaitement ses fonctions, et que cette infirmité est très-supportable, puisque notre opérée ne rend presque jamais involontairement les matières fécales;

5° Tout nous fait espérer que ce succès sera le plus durable des trois déjà obtenus;

6° Enfin, il y a quelques chances pour le rétablissement de la voie normale.

OBSERVATION II

(4e OPÉRATION)

ANUS ARTIFICIEL ÉTABLI DANS LA RÉGION LOMBAIRE DROITE SUR LE COLON ASCENDANT, SANS OUVRIR LE PÉRITOINE, SUR UNE FEMME AGÉE DE 60 ANS, POUR UNE OBSTRUCTION DU TUBE DIGESTIF DATANT DE 45 A 50 JOURS, ET PRODUITE PAR UNE AFFECTION CANCÉREUSE DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DU RECTUM. — MORT DIX JOURS APRÈS L'OPÉRATION.

Mme Legrand est âgée de 60 ans; sa constitution est bonne, et sa santé a toujours été assez régulière. Elle a eu deux enfants; le plus jeune a plus de 30 ans: ils vivent et se portent bien tous les deux. Elle n'a jamais eu de maladie de l'estomac ou des intestins, et elle ne se rappelle pas avoir été traitée pour une affection quelconque ayant son siége dans l'abdomen, si ce n'est, il y a plus de 30 ans, à la suite de sa dernière couche, qui avait été l'occasion de quelques accidents inflammatoires; mais ils n'avaient laissé depuis aucune trace.

Il y a quinze ans que Mme Legrand a cessé d'être menstruée; les règles ont diminué graduellement de quantité, et se sont supprimées tout à fait sans qu'aucun trouble local ou général soit venu, à cette époque, déranger sa santé. Depuis la cessation des règles, aucune incommodité du côté du bas-ventre, aucun signe apparent d'une lésion quelconque de l'utérus ou de ses annexes ne s'étaient manifestés. Les voies digestives s'étaient aussi conservées intactes; l'appétit était régulier, et les digestions se faisaient bien.

Vers la fin de l'année 1839, Mme Legrand éprouve dans la région des reins un sentiment de fatigue et de pesanteur que l'exercice augmente; elle ressent des douleurs passagères dans le bas-ventre; les secousses d'une voiture les rendent plus fortes et les prolongent. Dans le temps qu'apparaissent ces symptômes, la malade va encore régulièrement à la garde-robe, mais elle s'aperçoit que les selles deviennent

moins copieuses ; les matières sont liées en commençant; vers la fin elles sont liquides, et des mucosités sanguinolentes terminent la garde-robe, la malade reste longtemps sur *sa chaise* éprouvant le besoin d'un supplément d'évacuation, et faisant, pour le satisfaire, d'inutiles efforts. Avec le temps les selles sont moins liées ; elles ne paraissent plus que sous la forme d'une purée plus ou moins épaisse, se reproduisent plusieurs fois par jour, et sont le plus souvent accompagnées ou remplacées par des mucosités sanguinolentes.

Au mois de juillet 1840, à la suite d'une promenade fatigante, qui avait occasionné un peu de courbature et de fièvre, les garde-robes cessent tout à fait pendant quelques jours ; des matières muqueuses légèrement sanguinolentes s'échappent seulement dans la matinée à plusieurs reprises, et en très-petite quantité à la fois. Des lavements pris tous les matins donnent quelques matières fécales délayées. La malade continue d'avoir tous les jours plusieurs petites évacuations ; la première qui se produit dès le matin sort tout à coup comme un flot, avec des vents ; ce sont des matières glaireuses mêlées de sang ; les autres, qui sont quelquefois au nombre de cinq ou six, amènent un peu de matières stercorales délayées. Toutes ces évacuations liquides réunies peuvent s'élever à 90 ou 125 grammes. M^me^ Legrand continue cependant de se livrer à ses occupations ordinaires ; sa santé générale ne paraît pas seulement altérée ; son teint est moins animé, mais bon ; elle a son appétit habituel et ne s'aperçoit pas que ses digestions soient dérangées.

Au mois d'octobre 1840, la défécation est plus difficile encore ; il y a toujours plusieurs petites évacuations glaireuses plus ou moins teintes de sang, mais les matières stercorales y deviennent plus rares, et les lavements sont souvent sans résultat. A cette époque, une consultation eut lieu avec un chirurgien justement renommé ; on ne fit que constater ce qui était déjà reconnu, c'est-à-dire une maladie grave du gros intestin, dont la nature et le siége ne furent pas exactement déterminés ; et, de plus, l'existence de tumeurs indurées, présumées carcinomateuses et paraissant appartenir à l'utérus, bien que ce viscère n'eût donné jusque-là et ne donnât encore aucun signe de souffrance. L'on soupçonna qu'une ancienne rétroversion de la matrice avait pu être la cause première des accidents survenus depuis, du côté du gros intestin.

Il faut dire que chez cette malade l'exploration de l'utérus ne pouvait guère avoir lieu que par le rectum, le vagin se trouvant fermé supérieurement par une espèce de cloison percée d'une ouverture centrale, qui n'admettait que l'extrémité du doigt indicateur, disposition que l'on rencontre souvent chez les femmes parvenues à un âge un peu avancé. Du reste, cette affection complexe parut tout à fait incurable,

et le traitement conseillé fut considéré comme purement palliatif. L'exploration de l'abdomen n'avait fait découvrir aucune tumeur, aucun engorgement dans cette cavité.

Il fallait cependant procurer quelques évacuations; le ventre, habituellement un peu ballonné, le devenait davantage, et l'appétit diminuait; il y avait des douleurs presque continuelles dans la région hypogastrique, dans les régions inguinales droite et gauche; la malade éprouvait le sentiment d'une *barre* qui lui cernait le bas-ventre d'un côté à l'autre, et tournait vers les reins. Lorsqu'elle prenait un lavement, cette sensation devenait tellement incommode qu'elle paralysait ses forces et l'obligeait à garder le repos. Une potion purgative est administrée; elle produit, sans beaucoup de douleur, une évacuation abondante de matières liées d'abord, et sous forme de purée vers la fin. Pendant quelque temps les selles continuent, soit spontanément, soit à l'aide de lavements, mais elles deviennent de moins en moins abondantes, sont toujours liquides ou amènent rarement quelques crottins isolés, de la grosseur d'une moyenne olive : et puis reparaissent les petites évacuations de matières muqueuses sanguinolentes. Deux mois après environ, les mêmes nécessités engagent à tenter de nouveau le même moyen. 60 grammes d'huile de ricin sont administrés, et produisent, cette fois encore, sans violence, une évacuation assez abondante, moins cependant que la première fois, et n'ayant que la consistance d'une bouillie un peu épaisse.

A partir de ce moment, les garde-robes sont un peu plus faciles, mais toujours demi-liquides, arrivant plusieurs fois par jour, en très-petite quantité chaque fois, et mêlées, comme auparavant, de mucosités sanguinolentes. Il y eut quelques intervalles pendant lesquels elles furent spontanées; le plus souvent des lavements étaient nécessaires.

Au mois de mai dernier (1841), M^me^ Legrand eut une bronchite fébrile, qui la retint quelques jours au lit. Lorsqu'elle se leva, elle eut pendant plusieurs jours une selle légèrement liée, mais de peu de longueur et du volume du petit doigt; et puis les choses reprirent leur cours ordinaire, déjà décrit ci-dessus. La malade conservait encore assez d'appétit, elle ne changeait pas sensiblement, son teint n'était point altéré; ces douleurs dans le bas-ventre et dans les flancs, ce sentiment d'une *barre*, qui allaient en augmentant, ne l'empêchaient pourtant pas de vaquer à ses occupations. Mais depuis le commencement de juillet dernier, il n'y a plus eu de garde-robe; les petites évacuations glaireuses mêlées de sang sont elles-mêmes devenues plus rares; c'est à peine si des lavements, introduits à l'aide de longues canules en gomme élastique, amènent une apparence de matières stercorales délayées; le ventre est plus météorisé et plus douloureux; l'appétit se perd.

Vers le milieu de juillet, ces symptômes s'aggravent; la tympanite stercorale se prononce davantage; la malade est fatiguée de vomissements fréquents; les douleurs du bas-ventre et des régions iliaques sont plus fortes et se propagent par tout le ventre. La malade ne prend, depuis quelques jours, aucune espèce d'aliments. Ces graves symptômes s'apaisent au moyen de soins appropriés : quelques évacuations liquides légèrement stercorales, et des vents qui s'échappent en même temps, soulagent la malade. Trois jours de suite, du sang noir et fétide est rendu par le rectum, 200 grammes environ le premier jour, 90 grammes le deuxième, et le troisième jour une quantité inappréciable et mêlée à des matières muqueuses. Peut-être cet écoulement de sang était-il dû au passage des canules sur les points affectés de l'intestin. La malade reprend quelques légers aliments et les digère bien. Mais cette amélioration ne dure que quelques jours; les évacuations sont de nouveau supprimées; tous les symptômes précédents reparaissent et s'aggravent; le 12 août, la tympanite, les douleurs du ventre, les vomissements, et, de plus, le hoquet, fatiguent incessamment la malade; précédemment elle rendait encore quelques vents par l'anus, maintenant cette excrétion n'est même plus possible.

Le 6 août 1841, je fus appelé auprès de M^me^ Legrand par M. le docteur Meurdefroy. Cet habile praticien avait inutilement essayé d'arrêter les progrès toujours croissants d'une affection du gros intestin reconnue depuis longtemps. Il y avait alors près de six semaines que l'obstacle au cours des matières fécales était survenu, sinon complétement, au moins à un degré assez marqué, car les accidents de la tympanite dataient de cette époque, et depuis, la malade n'avait rendu que des liquides colorés et ayant l'odeur fécale. Le ventre était distendu et le siége des douleurs qui apparaissaient fréquemment sous forme de crises que rien n'avait pu modérer. Les vomissements et le hoquet étaient presque continuels. Prostration des forces; pouls petit et fréquent, etc.

D'après les antécédents, dont la rédaction appartient à M. Meurdefroy, il n'y avait pas de doutes possibles sur l'existence d'une affection organique du gros intestin. Mais quel était son siége et sa nature? Je cherchai à m'en assurer en pratiquant le toucher : par le rectum, il me fut impossible de reconnaître autre chose que l'affaissement des parois de cet intestin; par le vagin, je trouvai que l'utérus était gros et dur, et dans un état de rétroflexion. Enfin, comme moyen de diagnostic, je poussai, avec assez de force, du liquide dans l'intestin. Deux pleines seringues purent être introduites presque en totalité et conservées par la malade. Dès lors, j'étais en droit de conclure, et je conclus en effet que la maladie était située dans la partie supérieure du gros intestin. Dans cette occurrence, et en considérant la gravité des acci-

dents, je vis tout d'abord qu'il n'y avait plus d'autre ressource sur laquelle on pût fonder quelques espérances, que l'établissement d'un anus artificiel; mais, avant de recourir à cette opération, je voulus encore employer des douches ascendantes; elles furent difficilement supportées par la malade, qui était très-affaiblie, et le liquide sortit tel qu'il était entré, c'est-à-dire sans entraîner de matières fécales.

Le lendemain, l'état de M^me^ Legrand étant toujours le même, nous proposâmes, M. Meurdefroy et moi, une grande consultation, dans laquelle on discuterait la question du diagnostic, l'opportunité de l'opération et le lieu où elle devrait être pratiquée.

Le 18 août, MM. Bégin, Piorry, Troussel, Lombard (de Liége), Bardin (de Sens), L. Boyer et Filhos, furent réunis chez la malade. M. Meurdefroy, pour mettre tous les consultants au courant de la maladie pour laquelle on désirait avoir leur avis, commença par communiquer la note des antécédents qu'il avait eu l'obligeance de rédiger. Immédiatement après, M. le docteur Piorry fut invité à pratiquer la plessimétrie. Ce professeur distingué, qui emploie ce moyen de diagnostic avec une habileté toute particulière, reconnut qu'il existait de la matité dans la fosse iliaque et dans la région lombaire du côté droit, et que du côté opposé, c'est-à-dire à gauche dans les mêmes régions, il y avait, au contraire, de la sonorité qui commençait à devenir assez manifeste dans les points qu'occupe habituellement le colon transverse; en d'autres termes, M. Piorry pensa que des matières fécales étaient accumulées dans le commencement du gros intestin, depuis le cœcum jusque vers le colon transverse, et qu'à partir de ce dernier point l'intestin était dans un état de vacuité, ce que l'on reconnaissait à une sonorité appréciable jusque dans l'*S* iliaque. Tels furent à peu près les résultats fournis par la plessimétrie; ces résultats s'accordaient assez bien avec l'idée que je m'étais faite du siége de l'obstacle et que je n'avais pu découvrir avec le doigt introduit dans le rectum, et ils rendaient aussi raison de la possibilité de faire pénétrer deux lavements. Quoi qu'il en soit, je cherchai encore à m'assurer de l'état de l'intestin et de la matrice, en pratiquant le toucher aussi profondément que possible; et cette fois, plus heureux que je ne l'avais été d'abord, je sentis dans le rectum, à une hauteur à laquelle je ne pouvais atteindre qu'en me poussant fortement le coude, des végétations qui obstruaient cet intestin. Ces végétations nombreuses, et que je cherchai à détruire avec mon doigt, étaient situées au-dessus du fond de la matrice, dont je parlerai bientôt : elles étaient assez friables, et j'en détachai avec l'ongle une portion grosse comme une forte lentille, et que l'on reconnut facilement être de nature cancéreuse.

L'utérus n'était pas à l'état normal; le vagin était ce qu'il est sou-

vent chez une femme de soixante ans, c'est-à-dire plus court qu'il ne l'est à un âge moins avancé, et terminé à sa partie supérieure par une espèce de cul-de-sac, ou de cloison, ne permettant qu'avec peine l'introduction du bout du doigt indicateur dans un pertuis central, qu'on pouvait prendre pour l'orifice du col, et s'opposant par là à ce qu'on pût toucher ce dernier. Cependant on sentait, à travers les parois du vagin, le col utérin assez volumineux, beaucoup plus surtout qu'on n'avait le droit de s'y attendre, en raison de l'âge. L'exploration, au moyen du toucher rectal, a permis de constater que l'utérus, plus volumineux qu'à l'état normal, était évidemment en rétroversion, ou mieux, en rétroflexion. La partie postérieure de la matrice, devenue inférieure, nous a paru bosselée et inégale. La matrice elle-même avait peu de mobilité, et on déterminait de la douleur en cherchant à lui imprimer quelques mouvements.

MM. Bégin, Meurdefroy, Piorry et Troussel, vérifièrent ce que je venais de constater par le toucher, et alors, le diagnostic étant bien établi, il y eut unanimité sur la nécessité de pratiquer promptement un anus artificiel pour essayer de remédier aux accidents d'étranglement. Quelques-uns des consultants soupçonnèrent la présence d'un second rétrécissement placé à droite, vers le colon transverse; cet obstacle, s'il existait réellement, rendait compte, suivant eux, de la sonorité qui existait dans la partie inférieure du gros intestin seulement, et de la possibilité d'introduire deux lavements; mais, comme l'a très-bien soutenu et discuté M. le docteur Troussel, la lésion organique appréciable au toucher pouvait suffire pour expliquer ces deux phénomènes; et d'abord, de ce que deux lavements entiers étaient incomplétement introduits après avoir toutefois employé une certaine force pour les faire pénétrer, et avec la précaution prise de serrer fortement l'anus sur la canule, fallait-il en conclure que le liquide était parvenu à une certaine hauteur? Non, sans doute, car le toucher pratiqué immédiatement après que ces injections venaient d'être faites, nous a prouvé à quel point le rectum avait été élargi et dilaté, puisque ses parois touchaient presque celles

de la cavité du petit bassin. Cette énorme distension semblait donc indiquer que le rétrécissement offrait beaucoup de résistance.

D'autre part, quant à la matité qui existait à droite et qu'on ne retrouvait pas à gauche, on pouvait aussi l'expliquer sans recourir à la supposition d'un second obstacle, car il était tout naturel que les matières se soient accumulées à l'état solide ou demi-solide dans le cœcum et dans le colon ascendant, et que les gaz aient cheminé au-dessus, ou mieux au-dessous, le cœcum pouvant être considéré comme la partie la plus déclive du gros intestin, à partir de l'intestin grêle. Et puis, le colon étant probablement plus ou moins malade au-dessus de l'affection organique de la partie supérieure du rectum, cet intestin avait dû perdre une partie de sa contractilité. Par conséquent, le mouvement péristaltique, qui n'est en définitive que la contraction des parois intestinales, a dû être annulé en partie, et alors les matières ont dû séjourner là où elles sont d'abord arrivées, c'est-à-dire dans le cœcum, sans pouvoir, de droite à gauche, parvenir de proche en proche au-dessus de la lésion organique du rectum.

En résumé, il fut décidé qu'il fallait pratiquer promptement un anus artificiel *dans la région lombaire droite*, d'abord parce que la matité étant évidente de ce côté, on arriverait nécessairement sur un intestin distendu par des matières fécales, et par conséquent au-dessus de la cause de l'étranglement, et puis parce que, même sans tenir compte de l'idée émise qu'il existait peut-être une lésion organique autre que celle qui avait été touchée avec le doigt, l'anus artificiel étant établi sur le colon ascendant et assez près du cœcum, se trouverait placé à une assez grande distance de la maladie. En agissant à gauche on s'exposait, d'une part à tomber sur un intestin vide, et d'autre part à ouvrir un intestin malade déjà par suite de l'extension de l'affection organique du rectum. Telles furent

en résumé les raisons qui militèrent en faveur de l'opération pratiquée dans la région lombaire droite. Nous devons dire aussi que l'un des consultants proposa d'essayer de franchir avec des sondes l'obstacle situé dans le rectum; mais, comme les chances de succès étaient très-faibles, comparées aux accidents qui pouvaient survenir après l'emploi de ce moyen, nous n'osâmes pas y recourir.

Le lendemain de cette consultation, qui avait beaucoup fatigué la malade, nous essayâmes cependant d'introduire du liquide au-dessus de l'obstacle, au moyen d'une sonde placée dans le rectum, mais nous renonçâmes bientôt à ce moyen, qui causait des douleurs assez vives; d'ailleurs, nous craignions de faire une fausse route et d'augmenter les accidents, ou d'en faire naître de nouveaux qui ne nous permissent plus d'opérer.

Le 20 août, M^me^ Legrand demande avec instance à être délivrée de ses souffrances. Les douleurs abdominales sont devenues plus vives; les crises sont fréquentes et prolongées; le pouls est petit et accéléré. Il n'y a pas eu d'autres évacuations que des liquides colorés semblables à ceux rendus depuis plus de six semaines. Nous conseillons à la malade de prendre un grand bain; mais elle se refuse à employer ce moyen, en nous disant, d'après l'essai qu'elle en a fait il y a quelques jours, qu'elle ne peut pas rester au fond de la baignoire depuis que son ventre est distendu, et qu'elle est soulevée comme un ballon, au point d'être obligée, pour se tenir en équilibre, de se cramponner avec ses mains aux rebords de la baignoire.

Le 21 août, l'opération, qu'il était impossible de retarder davantage sans s'exposer à perdre les faibles chances de succès qu'elle offrait encore, fut pratiquée en présence de MM. Bégin, Meurdefroy, Troussel, Bardin, Lefrançois, Thibault, Deleau, Dubrac, Roy, L. Boyer, Filhos et Levaillant.

Comme, dans ce cas, la malade avait continué depuis le commencement des accidents jusqu'à présent, sauf quelques intervalles, de rendre des gaz et des matières liquides, le ventre n'était pas très-développé, et les circonvolutions intestinales ne se dessinaient pas aussi fortement à travers les parois abdominales que chez quelques autres

malades que j'avais opérés antérieurement ; aussi, Mme Legrand étant placée sur le lit d'opération et couchée sur le ventre, je crus devoir injecter du liquide, et même de l'air, par l'anus, afin de distendre, autant que possible, l'intestin que je voulais ouvrir, et favoriser l'opération. D'ailleurs, le flanc droit n'était pas bombé, et la percussion pratiquée aujourd'hui ne donnait pas la certitude que le colon ascendant fût effectivement très-developpé.

Ces injections n'augmentèrent pas sensiblement la saillie de l'intestin dans la région lombaire droite, et la matité ne parut pas plus prononcée qu'auparavant.

L'opération fut pratiquée comme chez la première malade dont nous avons publié l'observation dans ce mémoire ; Mme Legrand nous présenta cependant quelques difficultés de plus, et auxquelles nous ne nous attendions pas ; ainsi, l'épaisseur de la couche graisseuse et des muscles était plus grande : ceux-ci étaient mous, et, avant d'arriver à la couche cellulo-graisseuse qui recouvre et qui environne le rein et le colon en arrière, je fus obligé de couper, à plusieurs reprises et en travers, les muscles qui s'opposaient à l'écartement de la plaie. Plusieurs artères furent tordues. Enfin j'aperçus l'aponévrose du transverse et la couche cellulo-graisseuse dont je viens de parler, et bientôt, après avoir divisé ces tissus, je mis à découvert un intestin distendu et renitent. Etait-ce le colon lombaire ?.... Le toucher ne m'indiquait pas d'une manière certaine que ce fût cet intestin ; sa forme n'était pas celle qu'il affecte le plus ordinairement ; il était, dans ce cas, peu volumineux et arrondi, et j'avoue que, n'ayant pas encore, cette fois, de signes certains pour reconnaître positivement le colon dépourvu de péritoine, j'éprouvai de l'hésitation avant de me décider à percer, avec un trois-quarts, l'intestin qui s'offrait à ma vue. Cependant, après l'avoir fait examiner et toucher par plusieurs personnes présentes, elles furent, ainsi que moi, convaincues que ce ne pouvait être que le colon. Alors je plongeai un trois-quarts très-petit dans les parois de cet intestin traversées préalablement d'un fil ciré ; il sortit aussitôt par la canule de l'instrument des gaz et des matières fécales délayées ; ensuite, j'agrandis, avec des ciseaux, l'ouverture de l'intestin maintenue au dehors par un ténaculum, qui fut, un instant plus tard, remplacé par trois pinces à torsion servant, en même temps, à tenir l'ouverture largement béante. Il s'écoula une très-grande quantité de matières fécales en bouillie délayée, que l'on avait le soin de chasser aussitôt qu'elles sortaient, en injectant de l'eau tiède, afin d'empêcher leur séjour sur la plaie. Dès que les évacuations furent devenues moins abondantes, je fixai l'ouverture intestinale, attirée au dehors autant que possible, à l'angle antérieur de la plaie, par quatre ou cinq points de suture entrecoupée, dont les fils furent noués

sur de petits tampons de charpie. Enfin, je réunis, par deux points de suture entortillée, l'angle postérieur de la plaie.

Cette opération, longue et difficile, eu égard aux circonstances que nous venons de relater, a été supportée avec le plus grand courage par notre pauvre malade, qui l'envisageait, avec raison, comme la seule planche de salut qui lui restât. Son pouls ne devint ni plus faible, ni plus fréquent qu'auparavant, et elle se sentit soulagée après les évacuations abondantes qui venaient d'avoir lieu. On la replaça dans son lit, qui avait été préalablement garni de linges et de taffetas ciré, et on lui recommanda de se tenir fortement inclinée sur le côté droit. Des injections furent pratiquées fréquemment dans la plaie, pour empêcher le séjour des matières fécales, et l'anus artificiel fut constamment recouvert de larges cataplasmes de farine de graine de lin.

Le 22, le ventre est affaissé, il est un peu douloureux du côté droit; les évacuations sont toujours abondantes et mêlées de quelques mucosités glaireuses. Le pouls est à 88 pulsations et assez développé. L'aspect de la plaie est satisfaisant. La malade éprouve une difficulté légère pour uriner.

Le 23, la réaction fébrile n'est pas plus forte qu'hier, et la malade est moins abattue; elle a rendu des gaz par l'anus normal, et une grande quantité de matières fécales par l'anus artificiel. La plaie est boursoufflée et rouge. J'enlève les tampons de linge sur lesquels j'avais fait mes sutures entrecoupées; l'une de ces sutures s'était déjà détachée d'elle-même; j'enlève également les sutures entortillées qui avaient été placées à l'angle postérieur de la plaie, parce que ces matières séjournaient au-dessous, et je place de la charpie entre les bords postérieurs de la plaie, dont le fond est mis ainsi complétement à découvert; enfin, je pratique des injections avec une légère décoction de poudre de tan.

Le 24, malgré de légères douleurs qui se font ressentir dans les fosses iliaques, la malade est calme et se sent soulagée; le ventre est souple et insensible à la pression, excepté dans les points que nous venons d'indiquer. Le pouls est fort et à 80 pulsations. La plaie est largement ouverte et un peu grisâtre; la peau qui l'environne est rouge et douloureuse. Un lavement est donné par l'anus normal; il est rendu aussitôt, et il entraîne des matières fécales et des glaires. L'anus artificiel qui est rétracté dans le fond de la partie antérieure de la plaie à laquelle il a été fixé, livre un passage fréquent à des matières liquides, à des gaz et à des mucosités glaireuses. On continue les injections avec la décoction de tan, ainsi que les cataplasmes.

Le 25 août, érysipèle de la face, attribué à ce que la malade s'est frottée avec un mouchoir imbibé d'eau vinaigrée. Cet érysipèle existe

surtout autour des ouvertures : ainsi les paupières, les narines et les lèvres sont presque les seules parties atteintes. Pouls à 80 pulsations. Le ventre est toujours souple, affaissé et insensible à la pression.

Le 26, l'érythème a disparu complétement; il est survenu des coliques assez vives et il est sorti, par l'anus normal ainsi que par l'anus artificiel, des matières fécales liquides et une grande quantité de mucosités glaireuses et rougeâtres. Le pouls est à 92 pulsations. On administre des lavements avec de l'amidon et six gouttes de laudanum. Le ventre, qui est légèrement douloureux à la pression, est recouvert de larges cataplasmes laudanisés.

Le 27, la malade est abattue et pousse des plaintes continuelles; le pouls a perdu de sa force et acquis de la fréquence. Des coliques assez vives, revenant à des intervalles peu éloignés, sont suivies d'évacuations abondantes de matières fécales liquides toujours mêlées de mucosités épaisses et filantes. Des sangsues sont appliquées sur l'abdomen et on insiste sur l'emploi des lavements et des cataplasmes laudanisés. L'anus artificiel se dessine parfaitement dans le fond de la partie antérieure de la plaie. Les bords de celle-ci offrent une rougeur érysipélateuse assez prononcée.

A partir de ce jour, les symptômes de l'entérite ont acquis de la gravité, malgré l'emploi de tous les moyens qui auraient dû arrêter la marche de cette affection. Les coliques sont devenues plus vives; des vomissements sont survenus; la malade s'est graduellement affaiblie, et finalement elle a succombé le 31 août, c'est-à-dire, dix jours après l'opération.

Du reste, la plaie avait déjà diminué d'étendue; ses bords étaient un peu érythémateux; mais elle avait un très-bon aspect, des bourgeons charnus vermeils existaient à sa surface, et l'ouverture de l'intestin, solidement fixée à l'angle antérieur de la plaie, permettait un écoulement facile à des matières fécales ainsi qu'à des mucosités glaireuses. Dans les derniers jours de la vie il est sorti également, par l'anus normal, des matières liquides mêlées de glaires.

Autopsie faite le 1er septembre 1841, trente-six heures après la mort, en présence de MM. Meurdefroy, Filhos, Levaillant et Guérineau.

État extérieur. — La putréfaction du cadavre est déjà assez prononcée; elle s'annonce par la teinte verdâtre des téguments de la poitrine et de la paroi antérieure de l'abdomen. Des vergétudes livides se

font remarquer à la partie postérieure du tronc et sur les membres inférieurs.

État intérieur. — L'abdomen seul a été ouvert et nos recherches ont spécialement porté sur le canal digestif et sur le système utérin. C'étaient les seuls organes qui dussent nous offrir quelques particularités importantes.

Le colon transverse est situé très-bas; il décrit une courbure dont la convexité est placée dans la région hypogastrique. Il n'y a pas de trace de péritonite; une très-petite quantité de sérosité roussâtre est épanchée dans le bassin. Le rein droit est situé un peu plus en avant que de coutume.

La paroi antérieure du rectum présente extérieurement, au-dessus du niveau de la matrice, deux ulcérations contiguës, offrant une surface fongueuse, mamelonnée; l'une d'elles est percée d'une ouverture qui communique dans le rectum. En examinant les choses avec attention, il paraît évident que dans cet endroit l'intestin était replié sur lui-même, et que les deux surfaces péritonéales de ce pli avaient contracté une adhérence intime que l'on avait rompue en partie, en détachant ces organes du bassin. La moitié de cette ligne d'adhérence existait encore, et, en reformant le pli, il était démontré que cette surface ulcérée, qui nous avait frappé tout d'abord, ne se trouvait pas à l'extérieur de l'intestin, du vivant de la malade. Nous reconnûmes en même temps que l'affection cancéreuse avait envahi et désorganisé de dedans en dehors toute l'épaisseur de la paroi intestinale, et que la tunique péritonéale qui existait seule, était elle-même menacée d'une destruction prochaine.

A l'intérieur de l'intestin, la partie affectée commençait à deux centimètres au moins au-dessous du sommet de la matrice, vers le point de jonction du rectum avec l'*S* illiaque, et se prolongeait dans une hauteur de 4 centimètres environ. La surface intérieure de l'intestin était recouverte de végétations cancéreuses; quelques fongosités paraissaient de formation récente; elles étaient mollasses, sanguinolentes, comme gélatineuses et se détachaient avec une grande facilité des autres tissus morbides. C'étaient des productions de même nature que la malade avait quelquefois rendues dans ses garde-robes. Toutes ces végétations fongueuses avaient d'ailleurs perdu, depuis le moment de la mort, une grande partie de la cohésion et de la résistance qu'elles devaient avoir pendant la vie. Ceci explique la facilité avec laquelle le doigt pénétrait maintenant dans la portion rétrécie de l'intestin.

La partie inférieure du rectum est saine; quelques tumeurs hémorrhoïdales se font remarquer au voisinage du sphincter.

L'utérus et ses annexes ne présentent aucune espèce d'altération organique. L'on trouve, entre le ligament large du côté gauche et la partie correspondante du rectum, plusieurs fausses membranes anciennes et résistantes qui attestent l'existence antérieure d'un travail inflammatoire par suite duquel des adhérences assez lâches s'étaient établies entre toutes les parties voisines.

Il n'y a pas d'indices bien certains d'inflammation dans le gros intestin, si ce n'est au voisinage de l'ouverture artificielle où l'on en voit quelques traces. Les intestins grêles sont enflammés dans plusieurs points; ces traces d'inflammation sont d'autant plus marquées que l'on approche davantage de l'estomac, qui lui-même en est exempt.

L'ouverture faite au colon lombaire droit se trouve exactement situé au milieu de la hauteur de cet intestin, et elle a déjà contracté des adhérences assez solides avec les bords de la plaie.

Il n'existe point de liquides, ni de fausses membranes dans la cavité péritonéale, et, comme nous l'avons déjà dit, aucune trace d'inflammation ne se remarque sur cette membrane séreuse.

Réflexions. — En considérant les antécédents et la marche de la maladie, il était évident que dans ce cas nous avions affaire à une affection du gros intestin; mais quel était son siége? Voilà ce que tout d'abord il nous fut impossible de préciser par le toucher et par les autres moyens d'exploration. Dans le doute, et comme la malade pouvait recevoir et conserver deux lavements, j'ai pensé que l'obstacle était situé dans un point élevé du gros intestin et que, par conséquent, je devais, pour lever l'étranglement, pratiquer un anus artificiel dans la région lombaire droite. Mais jusque-là, comme on le voit, je me trouvais encore dans une perplexité semblable à celle dans laquelle je m'étais déjà trouvé, puisque je ne découvrais pas le siége de l'obstacle. La percussion qui avait été pratiquée avec beaucoup de soin, n'avait pas démontré qu'il existât une matité comparativement plus grande à droite qu'à gauche, soit en avant soit en arrière des régions lombaires.

Une consultation devenait nécessaire pour discuter le diagnostic et l'opportunité de l'opération qui seule, dans tous les cas, nous paraissait offrir quelques chances de succès. Alors nous avons reconnu positivement le siége de la maladie et la cause de l'étranglement; nous avons trouvé qu'il existait une affection cancéreuse de la partie supérieure du rectum, à une hauteur difficile à atteindre avec le doigt indicateur. La percussion pratiquée par M. Piorry a beaucoup éclairé le diagnostic en nous prouvant que des matières fécales étaient accumulées dans la partie droite du gros intestin, c'est-à-dire dans le cœcum et dans le colon ascendant. La matité dans ces points et la sonorité perçue, à partir du colon transverse jusqu'à la fin du gros intestin, ont donné l'idée à quelques-uns des consultants qu'il y avait peut-être, comme je l'ai déjà dit, un obstacle autre que celui que nous avions reconnu par le toucher. Quoi qu'il en soit, il y eut unanimité sur la nécessité d'opérer promptement, car la maladie n'était pas de nature à devoir s'amender, et, par les raisons que nous avons fait connaître dans le cours de l'observation, tous les consultants tombèrent d'accord qu'il fallait établir l'anus artificiel dans la région lombaire droite, sur le colon ascendant.

L'opération, qui aurait dû être pratiquée plus tôt, a été retardée parce que d'abord il n'y avait pas *interruption complète* du cours des matières fécales, et parce que la malade a été calme et tranquille pendant les quelques jours qui se sont écoulés après la consultation. Enfin, l'opération a été pratiquée le 21 août. Le colon ascendant que j'ai ouvert, était distendu et rempli de matières fécales qui se sont écoulées facilement. La malade a été délivrée des accidents d'étranglement, et pendant quatre jours je conservais encore l'espoir qu'elle résisterait, au moins pour un certain temps, aux progrès d'une affection cancéreuse arrivée à sa dernière période et qui avait nécessité l'établissement d'un anus artificiel; mais

une entérite, au développement de laquelle nous n'avons pu nous opposer, est venue aggraver l'état de la malade et détruire le résultat heureux d'une opération qui, faite à une autre époque, aurait peut-être prolongé la vie. Or, dans les cas de cette espèce, où la chirurgie arrive trop tardivement, il faudra bien se garder d'attribuer les insuccès à un procédé opératoire qui, appliqué dans de meilleures conditions, dans des cas de cancer de l'intestin, moins avancé que celui au sujet duquel je fais ces réflexions, nous a donné des résultats si satisfaisants, et qui nous dédommagent du chagrin que nous avons éprouvé de la perte de cette malade.

L'autopsie a été pratiquée trente-six heures après la mort. Nous avons constaté qu'il n'existait aucune trace de péritonite et que l'affection cancéreuse du rectum ulcérée était ramollie par un travail inflammatoire qui probablement de proche en proche avait envahi la membrane muqueuse des intestins grêles. Par suite de ce ramollissement de la lésion organique survenu dans les derniers jours de la vie, l'obstacle au cours des matières fécales avait presque entièrement disparu et on passait facilement le doigt dans le rétrécissement de l'intestin.

Il est évident, je le répète, que dans ce cas nous avions opéré dans les plus mauvaises conditions possibles, c'est-à-dire dans la dernière période d'une affection dont la nature n'était pas douteuse. Aussi sommes-nous persuadés que l'opération, qui avait fait disparaître les accidents de la tympanite stercorale, n'a pas contribué d'une manière notable à hâter la mort.

Maintenant, pour mettre l'Académie au courant de tout ce que j'ai fait sur ce sujet, je vais donner brièvement la continuation des deux observations que je lui ai communiquées en 1839, et j'ajouterai ensuite la relation d'une autre opération d'anus artificiel que j'ai pratiquée depuis, par le procédé de Littre.

OBSERVATION III

SUITES DE LA PREMIÈRE OPÉRATION. — *Voyez* MON PREMIER MÉMOIRE, PAGES 34 ET SUIVANTES.

Je dois rappeler à l'Académie que cette première opération a été pratiquée le 2 juin 1839, et que l'anus artificiel a été établi avec succès en ouvrant le colon lombaire gauche sans intéresser le péritoine, sur une femme âgée de quarante-huit ans. Cette opération a été nécessitée par une obstruction complète de la fin de l'*S* iliaque, la constipation datait de vingt-six jours et il y avait une tympanite stercorale des plus violente.

L'anus artificiel livrait un passage facile aux matières fécales, et les selles s'étaient presque régularisées complétement par cette voie.

La malade pouvait retenir les matières fécales, excepté lorsqu'elle avait la diarrhée, ce qui n'a eu lieu que dans les derniers temps. Il lui était alors facile de retirer l'appareil qu'elle plaçait sur l'anus artificiel, et d'éviter la malpropreté qu'elle redoutait tant.

L'anus artificiel situé dans le flanc gauche offrait la forme d'une ampoule assez saillante par l'épanouissement de la muqueuse intestinale légèrement renversée en dehors. On introduisait facilement le doigt indicateur dans cette ouverture, et l'on sentait distinctement un éperon résistant qui s'opposait à ce que les matières fécales vinssent tomber dans la partie inférieure du colon. Enfin l'anus artificiel était dans le meilleur état possible, lorsque notre malade a succombé, cinq mois après l'opération, à une péritonite survenue consécutivement aux progrès de l'affection cancéreuse, ayant produit l'oblitération complète de la partie inférieure du canal intestinal.

Autopsie faite le 2 novembre 1839, vingt-quatre heures après la mort, par MM. Ricque et Levaillant.

Le ventre était considérablement distendu par les gaz que l'on reconnaissait à la percussion.

L'incision cruciale de la paroi abdominale nous a permis de constater de suite, par la sortie d'un liquide de couleur citrine, mêlé de fausses membranes blanchâtres et assez résistantes, qu'il existait une

péritonite. Cette inflammation avait laissé des traces évidentes sur toute l'étendue de la membrane séreuse, car l'intestin grêle, le gros intestin et toute la masse cancéreuse située dans le bassin, et dont nous parlerons bientôt, étaient recouverts de fausses membranes plus ou moins résistantes. Nous avons trouvé en outre, dans la partie la plus délive du bassin, une assez grande quantité de liquide jaunâtre au milieu duquel nageaient des flocons de fausses membranes.

L'épiploon était complétement déjeté à droite. Il formait une masse ovoïde grosse comme les deux poings réunis; cette tumeur était composée de tubercules cancéreux blanchâtres, réunis entre eux par des prolongements celluleux.

Sur toute la surface pariétale du péritoine on trouva, çà et là, des tubercules cancéreux semblables à ceux qui existaient dans l'épiploon. Le mésentère était également, dans toute son étendue, le siége de productions semblables.

L'estomac était allongé et il avait été tiré à droite par l'épiploon. Il était, du reste, parfaitement sain.

Les intestins grêles étaient presque partout adhérents entre eux par des fausses membranes de nouvelles formation. Trois anses énormes très-distendues et offrant une couleur noirâtre livide, étaient superposées aux autres anses intestinales blanchâtres beaucoup moins distendues.

Les gros intestins, parfaitement reconnaissables jusqu'à la fin du colon lombaire gauche, paraissaient avoir conservé leur calibre naturel, à l'exception du colon lombaire droit qui, ayant été comprimé par la masse cancéreuse de l'épiploon, déjetée de ce côté, nous semble un peu applati.

A partir de l'*S* iliaque, il fut impossible de distinguer le gros intestin. Il existait dans ce point, et jusqu'à quelques pouces au-dessus de l'anus, une masse énorme de tubercules cancéreux au milieu desquels la dernière portion du tube digestif et l'utérus se trouvaient placés et comprimés. Ces tubercules cancéreux, développés sur le péritoine, dans le méso-colon et dans le méso-rectum, avaient, par leur volume toujours croissant, détruit complétement la continuité du canal intestinal.

L'anus artificiel établi dans la région lombaire gauche était situé à un pouce de la dernière fausse côte ou, pour parler plus exactement, à un travers de doigt de cet os. Examiné extérieurement, il ne présentait de particulier que sa forme régulière arrondie, et un renversement léger de la muqueuse intestinale. En arrière et en avant de cette ouverture, on voyait deux cicatrices linéaires avec la trace de deux points

de suture entortillée placés au moment de l'opération pour réunir les angles de la plaie.

Examiné du côté de l'abdomen, on voyait que l'anus artificiel avait été pratiqué sur le colon lombaire gauche et que le péritoine n'avait pas été atteint, car on retrouvait sur les parties latérales de l'intestin ouvert et à la partie antérieure les deux replis du péritoine entre lesquels l'anus artificiel avait été établi. Du reste, l'adhérence de l'intestin autour de l'ouverture artificielle était forte et résistante. Un collet très-solide, un espèce d'anneau circonscrivait du côté de l'abdomen l'anus artificiel.

Le colon lombaire gauche était dilaté au-dessus de l'anus artificiel et *rétreci* au-dessous. Dans ce point il existait un éperon très-marqué, formé par une saillie des tuniques intestinales qui s'opposait au passage des matières fécales vers l's iliaque. Au-dessus de l'anus artificiel, dans le colon, on trouva des matières fécales dures et en boulettes. Au-dessous, au contraire, l'intestin était revenu sur lui-même et ne contenait pas de matières fécales.

Une hernie épiploïque ancienne existait dans l'anneau crural du côté droit.

OBSERVATION IV

SUITES DE LA DEUXIÈME OPÉRATION PRATIQUÉE LE 13 JUILLET 1839. — *Voyez* MON PREMIER MÉMOIRE, PAGES 52 ET SUIVANTES.

Dans cette observation l'anus artificiel a été aussi établi avec succès à gauche, sans ouvrir le péritoine, sur un homme âgé de soixante-deux ans, pour remédier à une obstruction du canal intestinal produite par une affection cancéreuse du rectum.

M. le docteur Cornac, notre collègue, qui a fait, dans le courant du mois d'août 1839, le voyage de Paris à Rouen avec mon malade, a pu s'assurer que sa santé s'était déjà notablement améliorée, et qu'il était très-reconnaissant du service qu'on lui avait rendu.

Depuis le mois d'octobre 1839, époque jusqu'à laquelle j'ai donné l'histoire complète de mon second opéré, j'ai reçu fréquemment des détails sur sa santé, qui, depuis deux années révolues, s'est maintenue dans un état très-satisfaisant. L'appétit est bon, les digestions sont régu-

lières et faciles, les forces du malade sont assez grandes pour lui permettre de faire plusieurs fois par jour de longues promenades à pied.

L'affection carcinomateuse du rectum ne paraît pas avoir fait de progrès sensibles, et n'est pas accompagnée de douleurs lancinantes. Mais il existe une chaleur incommode sans pesanteur dans le point malade de l'intestin. Les injections pratiquées de haut en bas, c'est-à-dire de l'anus artificiel à l'anus naturel, provoquent très-souvent la sortie de caillots noirâtres. Le liquide qui sort par l'anus naturel, à la suite de ces injections, n'est jamais mélangé de pus; mais il a une odeur stercorale assez prononcée, et il contient des mucosités filantes. Presque jamais on ne trouve de matières fécales dans les liquides évacués par le rectum.

L'anus artificiel a conservé ses dimensions; la muqueuse s'invagine assez souvent et forme une espèce de prolapsus à la suite des efforts de la défécation. Le calibre des matières moulées qui sortent par cette ouverture, égale le diamètre du petit doigt; quelquefois même, lorsque les matières sont dures, elles ont le volume du doigt médius.

On a cherché à provoquer les selles à des heures à peu près fixes et on est arrivé à ce résultat. Au moyen de lavements donnés régulièrement, les évacuations par l'anus artificiel surviennent tous les deux jours, le matin, ou le troisième jour au plus tard. Cette régularité dans les évacuations permet au malade de sortir et de se promener sans inquiétude. Il a même pu aller au spectacle sans avoir la crainte de voir survenir une selle involontaire.

Les préparations ferrugineuses dont il fait usage depuis quelque temps ont beaucoup contribué à augmenter ses forces et à faire disparaître l'œdême des membres inférieurs qui était survenu cet hiver, et qui avait déjà été plusieurs fois observé avant et après l'opération.

En résumé, l'état de notre malade s'est considérablement amélioré depuis plus de deux ans que l'anus artificiel a été établi. Nous espérons que l'affection cancéreuse du rectum qui a déjà ralenti beaucoup sa marche, permettra à notre opéré de jouir encore longtemps des bénéfices de l'opération.

Aujourd'hui 6 septembre, nous avons reçu une lettre écrite par le malade lui-même, et qui confirme tout ce que nous avons dit sur son état.

OBSERVATION V

INTERRUPTION COMPLÈTE DU COURS DES MATIÈRES FÉCALES DEPUIS TRENTE JOURS, CHEZ UNE FEMME AGÉE DE QUARANTE-SEPT ANS; ANUS ARTIFICIEL ÉTABLI PAR LA MÉTHODE DE LITTRE, EN OUVRANT LE CŒCUM VERS LA FOSSE ILIAQUE; MORT VINGT-QUATRE HEURES APRÈS [1].

Mme Bollman, âgée de quarante-sept ans, grande et fortement constituée, fut atteinte du choléra, en 1832; depuis cette maladie, elle n'a éprouvé aucun dérangement des fonctions digestives, qui ont continué à s'exécuter d'une manière normale, et aussi bien qu'auparavant.

Le 3 avril 1840, M. le docteur Descroisilles fut appelé auprès de cette femme. Elle était alors affectée d'une constipation opiniâtre, datant de plusieurs jours, et de vomissements fréquents de matières bilieuses d'un vert tirant sur le noir. Les vomissements étaient accompagnés de hoquets, de violentes coliques, de contractions spasmodiques très-douloureuses de l'estomac, d'une soif ardente et d'un mouvement fébrile, qui cessa dès le lendemain d'une application de sangsues à l'épigastre. M. Descroizilles prescrivit, en outre, des boissons délayantes, des potions calmantes, des cataplasmes laudanisés sur l'abdomen, des lavements émollients et laxatifs. Par ces différents moyens, qui furent continués jusqu'au 11 avril, les vomissements cessèrent, et il y eut une évacuation de quelques parcelles de matières fécales; la malade put prendre un peu de bouillon sans le rejeter. Jusqu'alors, elle n'avait pas vomi de matières stercorales. Quelques jours après, c'est-à-dire le 17 avril, tous les symptômes, qui s'étaient un peu amendés, reparurent avec plus d'intensité à la suite d'un purgatif drastique (huile de croton tiglium), administré sans l'avis de son médecin. Les vomissements étaient devenus plus fréquents, plus abondants et complétement stercoraux.

Jusqu'au 23 avril, M. le docteur Koreff, qui connaissait la malade, lui donna tous les soins qu'exigeait son état, et il introduisit une sonde

[1] Cette observation a été déjà publiée en partie dans l'ouvrage de MM. Bourgery et Jacob, t. VII, p. 32, et plus complétement dans la thèse de M. le docteur Pinte, soutenue à la Faculté de Paris, le 7 juin 1841. Il a donné une très-bonne analyse du fait, et il l'a défendu avec une fermeté qui prouve son savoir et qui honore son caractère.

dans le rectum à une assez grande profondeur. A l'aide de cet instrument, on poussait fréquemment des injections émollientes qui soulageaient la malade, sans toutefois produire d'évacuation.

Le 5 mai, après quelques rémissions passagères, tous les symptômes s'étaient aggravés; la malade, très-affaiblie, mais sans fièvre, pria M. Descroizilles d'introduire la sonde et de lui faire des injections émollientes, qui lui avaient jusqu'alors procuré un peu de soulagement. M. Descroizilles dit avoir fait pénétrer une sonde assez grosse, à extrémité mousse, jusqu'à 22 ou 24 pouces de hauteur, sans rencontrer d'obstacle; mais il était impossible *d'aller au-delà;* et, lorsqu'on forçait un peu, la malade accusait aussitôt une douleur assez vive. Les injections poussées dans la sonde, *jusqu'à concurrence de deux ou trois pleines seringues*, séjournaient plus ou moins longtemps. Quelquefois, elles retombaient comme par regorgement; d'autres fois, elles restaient dans l'intestin après le retrait de la sonde.

Le 6 mai, je vis M^me^ Bollman pour la première fois, avec M. le docteur Cazalis; elle vomissait des matières fécales depuis quinze ou trente jours. Le ventre était très-ballonné, et, à travers ses parois amincies, on voyait des anses intestinales énormement distendues. Le pouls était petit, et en rapport avec l'affaiblissement extrême de la malade. Le toucher, par le vagin et par le rectum, ne m'apprit rien sur la cause de l'étranglement; je pensai seulement que l'obstacle au cours des matières fécales et des gaz devait être assez élevé, puisque deux et même trois lavements pouvaient être conservés.

Le lendemain 7 mai, à 7 heures du matin, MM. Magendie, Koreff, Descroizilles, Cazalis, etc., furent réunis en consultation.

Après avoir examiné attentivement la malade, et cherché dans les antécédents quelle pouvait être la cause des accidents, nous avons posé les questions suivantes :

1° Y a-t-il un étranglement?

2° Où est-il?

3° De quelle nature est-il?

4° Que faut-il faire?

Y a-t-il un étranglement?

Il y a un étranglement, puisque la malade vomit des matières fécales et ne rend rien par l'anus, pas même de gaz.

Où est l'étranglement? Il est fort difficile de répondre à

cette question, rien n'indique le point où est l'obstacle au cours des matières fécales. Cependant, il est évident qu'une grande portion du gros intestin doit être libre, puisque la malade peut conserver deux et même trois lavements ; une sonde œsophagienne semble pénétrer profondément ; toutefois, la douleur à l'épigastre pendant les vomissements, et un peu de matité à droite, me portent à penser que peut-être l'obstacle est dans le colon transverse. M. Magendie, en examinant les matières vomies, pense qu'elles viennent du gros intestin ou d'un point très-rapproché de cette portion du tube digestif, à cause de leur odeur et de leur aspect fécal. Enfin, tout nous porte à soupçonner que l'obstacle est dans le gros intestin ou très-près de la fin de l'intestin grêle.

Quelle est la nature de l'obstacle ? il est plus difficile encore de répondre à cette question. D'abord, il n'y a point de hernie, point de tumeur ; rien enfin qui puisse indiquer la nature de l'étranglement. Les antécédents ne fournissent aucun renseignement. Nous restons donc dans le doute le plus complet sur ce point important.

Que faire ?

Évidemment, il faut ouvrir une nouvelle voie aux matières fécales, puisque le tube digestif est complétement obstrué. Dans le doute, ma première idée a été d'opérer dans la région lombaire droite, par mon procédé, et de prolonger mon incision en avant, car, dans le cas où le colon eût été vide, j'aurais fait l'opération de Littre sur l'intestin grêle, après avoir été à la recherche de l'obstacle en commençant par la fin de l'intestin pour avoir un point de départ certain. Enfin j'ai eu l'idée d'attaquer l'intestin grêle par le rectum, comme on le verra bientôt.

En résumé, comme rien n'indiquait que l'obstacle existait dans le gros intestin, je proposai de pratiquer, dans la région iliaque droite, une incision assez étendue pour mettre à décou-

vert le cœcum, que j'ouvrirais s'il était distendu, ou, dans le cas contraire, c'est-à-dire si cet intestin était vide, pour dérouler par cette incision la masse des intestins grêles, afin d'y rechercher et d'en extraire, s'il était possible, la cause de l'étranglement. En agissant ainsi, on devait très-probablement finir par la rencontrer. Cette proposition ayant été discutée, elle fut approuvée à l'unanimité.

Immédiatement après cette consultation, j'administrai moi-même des douches ascendantes d'eau et d'air; mais elles furent difficilement supportées par la malade, et nous n'obtinmes aucune évacuation de gaz ni de matières fécales.

Dans la soirée, les mêmes moyens furent de nouveau employés, mais toujours sans résultat.

Il ne restait donc plus, comme dernière ressource, que l'établissement d'un anus artificiel, et je me préparai à pratiquer cette opération en faisant de nouvelles études sur le cadavre.

Le 8 mai 1840, à 7 heures du matin, en présence de MM. Magendie, Cazalis, Filhos, Levaillant et quelques autres médecins, j'ai fait à l'Hôtel-Dieu, sur le cadavre d'une jeune femme, morte la veille, l'essai des deux opérations que j'avais projetées.

Pour la première, j'ai pratiqué la méthode de Littre sur le cœcum, afin de nous assurer de la possibilité de trouver la fin de l'intestin grêle et d'aller à la recherche de la portion étranglée. Nous avons dévidé et réduit l'intestin au fur et à mesure de l'examen de chaque anse intestinale; le dévidement a été plus facile et plus prompt que nous ne l'avions supposé.

Pour la seconde opération, qui consistait à ouvrir la cloison recto-vaginale en haut, à aller à la recherche de l'étranglement et à établir un anus artificiel par cette ouverture,

le cadavre de la femme étant placé comme pour l'opération de la taille, j'ai d'abord incisé largement l'anus en arrière sur le côté du coccyx; en plaçant mon doigt dans le vagin, j'ai facilement amené en vue la paroi antérieure du rectum que j'ai pincée et tenue avec une pince à torsion, faute de pinces de Museux; après m'être assuré que j'étais au-dessus du cul-de-sac du péritoine, formant la cloison recto-vaginale, j'ai incisé la paroi antérieure du rectum en travers, puis j'ai perforé le péritoine; il est sorti de la sérosité jaunâtre et des fausses membranes. Avec le doigt indicateur droit, j'ai relevé l'utérus et j'ai été chercher une anse d'intestin que j'ai amenée facilement dans le rectum. Je l'ai ouverte en long sur sa convexité, et avec trois pinces à torsion j'ai fixé solidement les bords de l'ouverture de l'intestin grêle à l'ouverture de la paroi antérieure du rectum. Après avoir ouvert l'abdomen, nous avons constaté que l'opération avait parfaitement réussi; l'utérus était presque placé directement derrière la vessie; le péritoine de l'intestin grêle était parfaitement en rapport avec celui de la paroi antérieure du rectum; l'ouverture artificielle était bien située à la partie la plus déclive du bassin, car il ne restait pas de liquide ni de fausses membranes dans cette cavité.

Malgré la réussite de cette dernière opération, que je croyais beaucoup plus difficile qu'elle ne l'est effectivement, nous pensâmes néanmoins qu'il fallait renoncer à la pratiquer chez M^me^ Bollman. Quoi qu'il en soit, j'espère que cette idée ne sera pas perdue et qu'on pourra peut-être l'utiliser dans d'autres occasions où elle serait indiquée. Par exemple, dans le cas de Talma, la nature elle-même avait déjà fait tous les frais d'une opération à peu près semblable. Ne pourrait-on pas faire l'ouverture artificielle avec la potasse caustique?

Immédiatement après ces essais sur le cadavre, nous nous

rendîmes chez la malade. Alors j'étais beaucoup mieux préparé à agir et à faire tout ce qui serait nécessaire pour remédier à l'état alarmant dans lequel elle se trouvait.

Voici l'état de M^me^ Bollman au moment de notre examen :

Abdomen énormément distendu, gêne de la respiration par suite de cette distension, vomissements presque continuels de matières fécales, pouls petit et très-faible; teinte livide bleuâtre de la face, de l'extrémité des doigts et des orteils, face grippée et prostration des forces.

Nous essayâmes encore des douches ascendantes d'air : la première fut facilement supportée et sortit immédiatement avec bruit. La deuxième, un peu plus prolongée, ne fut pas rendue, et la malade se plaignit d'étouffement; elle ne rendait rien par le rectum, le ventre nous parut avoir augmenté de volume; inquiet sur ce qui se passait, je cessai la douche d'air et je fis une douche d'eau. Bientôt je vis et j'entendis avec satisfaction l'eau et l'air sortir avec bruit, et le ventre revint à peu près au volume qu'il avait auparavant.

L'inefficacité de tous ces moyens étant bien démontrée, il n'y avait plus à hésiter, il fallait, sans tarder davantage, pratiquer un anus artificiel; car il y avait près de trente jours que la malade n'avait rendu ni gaz ni matières fécales, et elle était extrêmement faible.

J'avoue qu'en présence de la nécessité de l'opération j'étais vivement préoccupé des difficultés que je pouvais rencontrer, puisque jusqu'alors nous n'avions, comme j'ai déjà dit, constaté aucun signe qui pût fixer notre diagnostic. Je redoutais un étranglement de l'intestin grêle dans le bassin, un volvulus gangrené, ou une adhérence peut-être déjà ancienne des intestins entre eux ou avec d'autres organes.

Dans la première supposition, j'étais décidé à introduire la main jusque dans le bassin pour chercher à lever l'obstacle. Dans la deuxième, j'avais résolu de faire l'invagination des intestins, par mon procédé, après avoir enlevé la portion gangrenée; et enfin, dans la troisième supposition, c'est-à-

dire dans le cas où les intestins eussent été adhérents, j'aurais établi l'anus artificiel sur l'anse intestinale la plus rapprochée du cœcum.

J'espère que ces réflexions pourront être utiles aux praticiens qui se trouveront en semblable occurrence; plus tard je développerai ces idées.

L'opération ayant été décidée, elle fut pratiquée le 8 mai 1840, à quatre heures du soir, en présence de MM. Magendie, Moullinié, Koreff, Descroizilles, Cazalis, L. Boyer, Filhos, Tessereau, Puyoo, Séguin, Guérineau, Favelier, Servicen et Levaillant.

Les objets nécessaires à l'opération furent préparés (bistouris convexes droits, courbes boutonnés, plusieurs pinces à torsion, des ciseaux, des ténaculums, un petit trois-quarts, des sondes cannelées, des aiguilles à acupuncture, des aiguilles courbes enfilées de fil ciré, des aiguilles à suture en platine (les objets nécessaires pour faire la suture des intestins, une grande seringue pleine d'eau tiède, etc.); puis la malade, qui était dans un état de prostration extrême, fut placée en face du jour, sur un lit de sangle garni d'oreillers et recouvert d'alèzes.

Une incision oblique, et longue de 4 à 5 pouces, fut pratiquée dans la région iliaque droite, à un pouce environ de la crête de l'os des iles. Elle comprenait, par conséquent, la moitié à peu près de la fosse iliaque. En incisant couche par couche, j'arrivai bientôt jusqu'au péritoine que je reconnus distinctement et à travers lequel j'aperçus des anses intestinales très-distendues. Deux pinces à torsion furent placées à chaque angle de la plaie afin de la tenir largement ouverte; et le péritoine lui-même ayant été saisi avec une autre pince, une ponction avec le bistouri fut pratiquée à cette membrane. Il s'écoula aussitôt de la sérosité roussâtre. Je pris ensuite un bistouri boutonné et j'agrandis l'ouverture faite au péritoine, afin de pouvoir examiner les intestins placés au-dessous. Bientôt j'aperçus le cœcum; je le reconnus à ses bandelettes longitudinales très-prononcées; et, comme cet intestin était énormément distendu, je fus débarrassé d'une pénible angoisse, puisque la cause de la rétention des matières fécales étant placée dans le gros intestin, il devenait inutile de dérouler la masse des intestins grêles, comme je le craignais, et il n'y avait autre chose à faire que d'ouvrir le cœcum pour donner issue aux matières fécales. Je repoussai des anses

de l'intestin grêle énormément distendues, qui étaient placées au-dessus et en dedans du cœcum. Ensuite, pour m'assurer positivement que cet intestin contenait bien des matières fécales, ou plutôt pour diminuer son volume, je pratiquai quelques piqûres avec des aiguilles à acupuncture. Très-peu de gaz étant sorti, je crus devoir faire une ponction avec un petit trois-quarts. Il sortit par la canule de cet instrument, d'abord des gaz, puis des matières fécales, et le cœcum se trouva un peu moins distendu qu'il ne l'était auparavant. Toutes ces précautions ayant été prises, la canule fut retirée: et dans le point où la ponction avait été faite, je plaçai une pince à torsion, qui servit à amener l'intestin au-delà de la plaie faite aux parois abdominales. Ensuite le cœcum fut ouvert largement à l'aide d'un bistouri boutonné. Beaucoup de matières fécales liquides et en boulettes furent évacuées; je facilitai leur sortie en tenant l'ouverture largement béante à l'aide de trois pinces à torsion, et en pratiquant, avec une seringue remplie d'eau tiède, des injections dans la partie supérieure et dans la partie inférieure de l'intestin ouvert.

Deux cuvettes furent presque totalement remplies de matières fécales. La malade fut-elle soulagée par cette abondante évacuation? Cela est probable; mais, dans l'état où elle se trouvait, ses perceptions étaient très-obscures, très-faibles, et on ne put savoir, au juste, si elle éprouva réellement du soulagement.

J'attendais, pour terminer l'opération, que la plus grande partie des matières fécales fût évacuée; j'en favorisai la sortie par de légères pressions exercées sur le ventre. Enfin j'attachai solidement aux parois abdominales l'ouverture faite au cœcum à l'aide de plusieurs points de suture entrecoupée. Deux autres points de suture entortillée furent en outre placés, l'un à l'angle inférieur de la plaie, et l'autre à l'angle supérieur. Immédiatement après, la malade fut replacée dans son lit que l'on avait eu soin de garnir de linges, et nous lui recommandâmes de se tenir fortement inclinée sur le côté droit, afin de faciliter l'écoulement des matières fécales par l'anus artificiel, et d'éviter en même temps leur épanchement dans la cavité abdominale.

Devions-nous avoir quelque espoir de conserver la vie à la malheureuse femme que nous venions d'opérer dans de si fâcheuses conditions? Oui, sans doute, car sans cela nous n'aurions pas pratiqué l'opération; mais les chances de succès étaient déjà si faibles, avant d'avoir recours à ce moyen

extrême, que quelques médecins présents, particulièrement M. Magendie, hésitaient à approuver l'opération au moment où elle allait avoir lieu; à plus forte raison, dûmes-nous craindre, après l'opération, que les forces de cette femme, épuisée par trente-trois jours de constipation, ne se relevassent pas. Le froid des extrémités, la couleur livide et terreuse de la peau, l'amaigrissement extrême, le pouls petit et filiforme, tout, en un mot, annonçait que cette malade succomberait probablement malgré cette opération faite trop tard, alors qu'aucune espèce de réaction ne pouvait plus s'établir; c'est en effet ce qui arriva vingt-quatre heures après, sans qu'il fût survenu de changement notable dans l'état de cette femme. Il est cependant utile de dire que douze heures après l'établissement l'anus artificiel, les bords de l'ouverture avaient déja un aspect livide, d'un rouge pourpre, et que nous craignîmes que la gangrène ne survint, comme cela est arrivé plusieurs fois, chez des malades opérés dans des circonstances semblables.

Autopsie faite trente-six heures après la mort, le 11 mai 1840, à 7 heures du matin, en présence de MM. Magendie, Descroizilles, L. Boyer et Levaillant.

Ballonnement considérable du ventre; — lividité, espèce d'ecchymoses dans quelques points de la partie abdominale et coloration verdâtre dans d'autres.

Trois incisions sont pratiquées pour examiner la cavité abdominale. La première est verticale; elle part de l'appendice xiphoïde et se termine au pubis. Les deux autres sont horizontales; elles partent de l'ombilic, et se terminent à la partie postérieure du tronc. Aussitôt que l'abdomen est ouvert, on s'empresse de dérouler tous les intestins pour arriver de suite sur la cause de la rétention des matières fécales. Mais après avoir examiné, rapidement il est vrai, tout le tube intestinal, on ne trouva pas de rétrécissement, ni de volvulus, rien enfin de ce qu'on cherchait. Je me trompe, l'attention se porta sur une espèce de rétrécissement du

colon descendant qui fut bientôt négligé, paraissant être, et étant, en effet, tout simplement une contraction des parois intestinales.

Le cœcum présentait, à sa surface extérieure, des brides fibreuses, des éraillements du péritoine qui le tapisse et une surface inégale résultant d'un travail pathologique antérieur. Voilà tout ce que l'on découvrit par un premier aperçu.

Examinant de nouveau le gros intestin, plus attentivement qu'on ne l'avait déjà fait, nous vîmes à l'angle de réunion du colon transverse avec le colon descendant lombaire gauche, non loin de la rate et sous les fausses-côtes, un froncement circulaire qui avait échappé dans le premier examen que l'on venait de faire de la masse intestinale. Au-dessus et au-dessous de ce point malade et constituant l'obstacle au cours des matières fécales (car il y avait évidemment altération de la cavité intestinale dans cet endroit), l'intestin s'était replié sur lui-même, et ses deux portions adossées avaient contracté entre elles des adhérences. En détruisant ces adhérences assez solides, qui unissaient ces deux portions du colon, on vit deux ulcérations qui se correspondaient; la supérieure était beaucoup moins prononcée que l'inférieure, et on aperçut un petit corps noirâtre qui faisait une légère saillie au dehors, à travers le travail ulcératif de la partie de l'intestin située au-dessus du rétrécissement. Ce corps, qui paraissait implanté dans ce point, fut aussitôt extrait en entier, et, au grand étonnement de tous les assistants, on reconnut que c'était probablement une portion de vertèbre d'oiseau. Ce corps étranger avait-il causé le rétrécissement ou bien s'était-il arrêté là, comme les matières fécales? C'est ce qu'il est impossible de déterminer.

Pour juger exactement et la forme et l'étendue de l'obstacle, l'intestin fut ouvert au-dessus et au-dessous. Le rétrécissement, long d'un centimètre à peu près, permettait assez facilement l'introduction du doigt, ce qui, après la mort, ne doit pas paraître étonnant, et il était constitué par un tissu squirrheux assez résistant dans quelques points, mou dans d'autres.

La partie de l'intestin, située au-dessus du rétrécissement, était très-épaisse; les fibres musculaires se dessinaient fortement et faisaient saillie sous la muqueuse. Au-dessous du rétrécissement, au contraire, l'intestin était mince, sa muqueuse était pâle, et il contenait une matière verdâtre au milieu de laquelle on trouva çà et là de petites portions d'os ou de matière qui y ressemblait.

La vésicule biliaire contenait plusieurs calculs à facettes, gros comme de petites noisettes. L'un de ces calculs était engagé dans le canal cholédoque, qu'il obstruait complétement. La vésicule présentait des colonnes semblables à celle que l'on rencontre dans la vessie des

vieillards et d'autres malades qui ont succombé à la suite d'affections des voies urinaires, ayant, pendant la vie, apporté des obstacles à l'émission de l'urine. Ces colonnes étaient formées par la saillie des fibres musculaires.

Le cœcum, qui avait été ouvert, était solidement fixé aux parois de l'abdomen, et dans quelques points il avait déjà contracté de légères adhérences avec les bords de la plaie.

La cavité abdominale ne contenait ni liquides, ni matières fécales.

Le péritoine était un peu injecté du côté droit surtout; mais il ne présentait pas de fausse membrane, indiquant qu'il eût été le siége d'une inflammation récente.

Réflexions. — Les antécédents ne pouvaient jeter aucun jour sur la cause de l'étranglement; nous ignorions absolument que la malade eût avalé un petit os et qu'il se fût arrêté dans un point quelconque de l'intestin; la difficulté des garderobes avait été graduelle, et les accidents ne s'étaient déclarés que lorsque l'étranglement avait été complet.

Il y a huit ou neuf ans, elle avait eu le choléra; mais, depuis ce temps, elle n'avait éprouvé aucun symptôme du côté des voies digestives qui pût faire soupçonner que la cause de l'étranglement remontât à cette époque; point de vomissements nouveaux, point de douleurs abdominales, point de débâcles, ni de selles glaireuses ou sanguinolentes. Mais, dès le début, la maladie était bien caractérisée; c'était un étranglement complet du tube intestinal comme dans les hernies étranglées, seulement avec une marche moins aiguë. C'était évidemment comme nous l'avions supposé; mais rien ne pouvait nous indiquer positivement le point précis où était le rétrécissement. Il n'y avait point de douleurs locales excepté à l'épigastre, et il était impossible, en palpant le ventre, de savoir s'il existait quelque tumeur, car les intestins étaient trop distendus. Le seul signe de quelque valeur que nous ayons constaté, c'était un peu de matité à droite.

Les préparatifs de l'opération donnent la mesure de mes

perplexités, et les essais que j'ai faits sur le cadavre prouvent combien je redoutais les difficultés d'une pareille opération. Ouvrir le ventre sans savoir positivement où était l'obstacle au cours des matières fécales...

Avant l'opération nous étions dans l'impossibilité de dire où était l'étranglement; par conséquent, je n'osais pas persister dans ma première idée, c'est-à-dire d'opérer en arrière sur le colon lombaire droit.

L'opération a été des plus simple et des plus facile, parce que nos prévisions ont été justifiées, c'est-à-dire que l'obstacle n'était pas dans le petit intestin. Les vomissements ont cessé immédiatement après, et ils n'ont plus reparu.

Le pourtour de la plaie s'est boursoufflé et elle a présenté tous les caractères d'une gangrène commençante, comme sur plusieurs malades opérés par la méthode de Littre.

La mort a eu lieu vingt-quatre heures après l'opération, et tous les assistants sont d'avis que l'opération a très-peu hâté la fin de cette malade.

L'autopsie seule nous a fait découvrir que l'étranglement avait son siége à la réunion du colon transverse et du colon lombaire gauche, et que c'était un rétrécissement de l'intestin au milieu duquel se trouvait un petit os de poulet, de lapin ou d'oiseau. Est-ce l'os qui a déterminé le rétrécissement? je le pense.

Au-dessous du rétrécissement, les deux bouts opposés de l'intestin étaient adossés et adhérents dans un point où existait une légère ulcération du diamètre d'une pièce de dix sous; l'ulcération était plus avancée sur le bout inférieur que sur le bout supérieur, absolument comme sur Talma, c'est-à-dire que la nature avait cherché à établir une nouvelle voie. Comment se fait-il que les douches d'eau, et surtout les douches d'air, n'aient pas produit la rupture de la portion malade, et par suite un épanchement dans le ventre?

Pourquoi ne s'est-on pas décidé à opérer plus tôt? L'incertitude de la cause de l'étranglement et les exemples de volvulus terminés heureusement ont été causes de ce retard.

Pourquoi l'opération n'a-t-elle pas été faite en arrière du colon lombaire droit? C'est parce que je manquais de signes certains pour établir que le colon était distendu de ce côté. L'obstacle pouvait exister au commencement du gros intestin ou à la valvule ileo-cœcale, ou sur un intestin grêle dans le bassin; c'est ce qui m'a décidé à opérer en avant du cœcum.

Enfin, à quelle époque aurait-il fallu opérer? Il est fort difficile de répondre à cette question.

Il est évident maintenant qu'il fallait opérer plus tôt, et ouvrir le colon lombaire droit en arrière par mon procédé, car on peut dire avec assurance que, très-probablement, l'opération aurait réussi, comme sur mes deux premiers malades.

Le travail d'ulcération autour de l'os se serait arrêté, je le pense, n'étant plus sollicité par la contraction de l'intestin, et la malade aurait pu vivre très-longtemps avec un anus artificiel.

En pareille occasion, le point essentiel est de chercher à établir le siége de l'étranglement. Mais, malgré tous les efforts que nous avons faits dans ce cas, il nous a été impossible de le trouver; remarquons d'abord que le volume du ventre et la situation du rétrécissement sous les fausses-côtes, ne nous permettaient pas de découvrir l'obstacle, qui, du reste, n'offrait point de volume et peu de dureté; d'ailleurs, le ventre étant ouvert, il nous a été facile de le trouver. La matité à droite pouvait seule nous éclairer. Il importe donc de palper le ventre avec beaucoup d'attention dès le principe, et d'explorer comparativement les régions lombaires en arrière, soit par le simple examen, soit en percutant, soit en relevant les intestins grêles, pour les éloigner des colons lombaires. Il faut aussi essayer le cathétérisme du gros intestin, et apprécier

avec soin la quantité de liquide injecté et rendu. Enfin, il faut insister, par tous les moyens possibles, pour tâcher d'arriver à opérer en arrière sur les colons lombaires.

Je me suis arrêté avec intention sur tout ce qui se rattache à ce fait important, parce que j'espère qu'il sera utile aux chirurgiens qui le méditeront. Il importe de dire aussi que, dans des cas analogues, on peut rencontrer d'autres genres d'obstacles et des difficultés plus grandes encore que celles que j'ai rencontrées jusqu'à présent.

Il serait bien à désirer qu'on pût trouver des caractères distinctifs des diverses espèces d'étranglements, pour guider les praticiens; car nous manquons absolument de données sur ce sujet; c'est une lacune dans la science qui nous paraît fort difficile à combler.

RÉSUMÉ

Dans mon premier Mémoire, j'ai fait le parallèle de mes deux premières observations; elles se prêtaient à de grands rapprochements. Les deux dernières opérations pratiquées par le même procédé, mais dans la région lombaire droite (la 3e et la 4e), se prêtent aussi à des comparaisons intéressantes, et qui feront ressortir les points principaux qui caractérisent chaque fait particulier.

Dans ces deux derniers faits, il y avait quarante jours et plus que l'interruption du cours des matières fécales avait lieu, lorsque j'ai été appelé.

Chez la troisième malade, ou la première de ce Mémoire,

et chez la quatrième, il y avait des vomissements mais pas de matières fécales.

Pour la troisième, il était impossible de dire positivement où était le siége de l'étranglement. Un seul lavement pouvait être introduit.

Pour la quatrième, on savait que l'obstacle existait à la partie supérieure du rectum, et cependant la malade pouvait recevoir deux lavements.

Enfin, dans l'observation V, on voit qu'il y avait occlusion complète du tube digestif depuis près de trente jours ; qu'il y avait des vomissements de matières fécales ; qu'il a été impossible de reconnaître la cause et le siége de l'étranglement, et qu'enfin la malade pouvait recevoir et conserver trois lavements.

Ces cinq observations résument déjà presque toutes les difficultés qui peuvent se rencontrer pour les obstructions des gros intestins. En effet, pour la première opération que j'ai pratiquée dans la région lombaire gauche, on savait que l'obstacle était situé à la partie supérieure du rectum ; on a donc opéré sûrement à gauche, c'est-à-dire au-dessus de l'étranglement. Pour la deuxième, on était encore mieux fixé sur le siége et la nature de la maladie ; mais l'intestin était vide au-dessus, c'est ce qui a rendu l'opération plus difficile. En pareil cas, des injections d'eau et d'air devraient être faites dans le rectum, afin de distendre l'intestin, et d'agrandir, par conséquent, l'espace celluleux pour éviter plus sûrement d'ouvrir le péritoine, comme je l'ai fait récemment dans la quatrième. Pour la troisième, on voit que le diagnostic a été tout à fait impossible à établir. Pour la quatrième, on était presque aussi bien fixé que pour la deuxième ; j'ai cependant opéré à droite, quoique j'eusse reconnu que l'obstacle était situé à la partie supérieure du rectum, mais on avait soupçonné qu'un autre obstacle pouvait exister dans le colon transverse.

Enfin, pour la cinquième opération, le diagnostic n'a pas pu être établi. L'obstacle, comme on l'a vu à l'autopsie, était à gauche, à l'angle de réunion du colon transverse avec le colon ascendant. Dans un cas semblable, malgré l'incertitude du siége précis de l'étranglement, j'ouvrirais le colon lombaire droit comme je l'avais déjà proposé pour cette malade et comme je l'ai fait avec un plein succès pour la troisième opérée, M^me^ B...

Comme on le voit, les difficultés, sous le rapport du diagnostic et de l'opération, ont été croissantes depuis la première jusqu'à la cinquième.

La première était facile, mais c'était la première que je pratiquais !

La deuxième, la troisième et la cinquième ont été fort difficiles; la deuxième, seulement à cause de la vacuité de l'intestin. La troisième et la cinquième, parce qu'il était impossible de savoir où était l'étranglement.

Quant à la quatrième, elle a été aussi fort difficile malgré la certitude du diagnostic. La difficulté est donc inhérente à l'opération elle-même; il faut la faire sans autre guide que le tissu cellulaire adipeux du rein, et le toucher.

Il est évident qu'il faudrait agir comme dans le troisième et le quatrième cas, pour une obstruction du colon transverse, du colon lombaire droit et même du cœcum; et dans ces deux derniers cas, on pourrait peut-être extirper une tumeur qui comprimerait l'intestin, si elle était de mauvaise nature.

En réfléchissant de nouveau aux difficultés que j'ai rencontrées, relativement au diagnostic, je trouve que c'était dans le troisième fait et non pas dans le quatrième qu'il était le plus difficile, parce que, chez la troisième malade, on pouvait donner trois lavements, et qu'on devait supposer qu'ils arrivaient jusqu'à la valvule iléocœcale, et, par conséquent, on devait croire que l'obstacle n'était pas dans le gros intestin.

Relativement au lieu d'élection pour l'opération, on voit donc que j'ai pratiqué deux fois l'ouverture artificielle à gauche et deux fois à droite. Une autre fois, malheureusement, j'ai pratiqué le procédé de Littre sur le cœcum, et comme l'autopsie l'a démontré, j'aurais pu la faire aussi à droite par mon procédé, avec un plein succès peut-être sous tous les rapports.

Maintenant je reviens aux quatre opérations que j'ai pratiquées sans ouvrir le péritoine : malgré l'opposition la plus décidée, le raisonnement et l'expérience de trois succès sur quatre opérations doivent forcer les incrédules à se rendre à l'évidence.

Sans doute, mon premier succès pouvait être considéré comme un fait heureux seulement. Le second, tout aussi simple, pouvait, à la rigueur, être aussi attribué à un hasard heureux; cependant il devait fixer l'attention des chirurgiens et leur donner une grande confiance dans le procédé. Mais il me semble que le troisième doit trancher la question et prouver comparativement la différence des résultats qu'on obtient en ouvrant le péritoine, ou sans l'ouvrir. Or, je crois pouvoir dire qu'il n'y a plus de parallèle possible entre le procédé de Littre et celui de Callisen modifié. Et j'ose espérer que c'est une nouvelle opération acquise à la science et qui doit incessamment entrer dans le domaine chirurgical.

Quant au quatrième fait consigné dans ce Mémoire, je n'hésite pas à dire que, si j'eusse pratiqué l'opération à une époque moins avancée de la maladie, il y aurait eu beaucoup de chances de succès. D'ailleurs, la malade n'a pas succombé par le fait même de l'opération, car à l'autopsie nous n'avons pas trouvé de traces de péritonite, ni d'épanchement dans la cavité abdominale.

J'espère que désormais les praticiens, au lieu de laisser mourir les malades en pareille occurrence; au lieu de dire que

la maladie est au-dessus des ressources de l'art; au lieu d'abandonner les malades à une mort certaine; au lieu d'éviter de se donner la peine de tenter une opération hardie, j'espère, dis-je, que les chirurgiens ne reculeront plus devant la nécessité d'une pareille opération, puisqu'il est démontré maintenant qu'on peut la pratiquer sans ouvrir le péritoine. Il n'y a donc, dans ce cas, que le diagnostic du point précis de l'étranglement qui soit fort embarrassant; mais il est déjà bien éclairci, et avec beaucoup d'attention et de soin, en suivant la marche que j'ai tracée, on pourra, j'espère, opérer presque toujours sûrement au-delà de l'étranglement.

Avant de terminer ce Mémoire, qu'il me soit permis de dire que j'attache une grande importance à cette innovation chirurgicale, ou mieux à ce perfectionnement du procédé de Callisen, et que je place cette opération au-dessus de mes autres travaux, sous le rapport de leur utilité réelle.

Ainsi, avant la lithotripsie[1], on avait la taille, et on pouvait vivre avec la pierre, péniblement, sans doute, mais enfin on pouvait vivre, tandis qu'on ne le peut avec une obstruction complète du tube digestif.

Avant la torsion des vaisseaux, on avait la ligature; mais je dois dire cependant qu'avec la torsion des artères, seul et

[1] Pour la lithotripsie, c'est bien incontestablement à mes travaux qu'elle est due; un autre l'a appliquée le premier, il est vrai; mais il ne s'est pas contenté de cet avantage, il a cherché par tous les moyens possibles à s'en approprier la découverte; mais il s'est trompé lui-même, car la puissance de la vérité lui a arraché un aveu bien précieux pour rétablir mes droits. M. Civiale a dit, dans son ouvrage sur la lithotripsie, 1826, p. 8 de la préface : « De longues recherches d'anatomie chirurgicale m'ont conduit à la découverte de la lithotripsie! ! » Or, personne ne connaît ces travaux, et lui-même serait fort embarrassé de les montrer; car il a dit, en 1823, dans une brochure sur la rétention d'urine, p. 16 : « Il serait oiseux de faire ici l'histoire et la description des bougies; elles sont généralement trop connues pour que je doive m'y arrêter; il en est de même du *canal* dans lequel on doit les introduire. *Aussi le passerai-je sous silence*, en renvoyant aux ouvrages de Winslow, etc.»

Enfin, dans sa lettre à M. Dekern, p. 7, M. Civiale dit : « Les recherches de cet anatomiste (Amussat) sur la structure de l'urèthre, n'ont contribué en rien au succès de la lithotripsie. »

M. Boyer dit : « M. Amussat fut conduit, par ses recherches anatomiques sur l'urèthre, à s'assurer que l'on peut introduire, par ce canal, dans la vessie de

sans aide, on peut sauver la vie des blessés, dans des cas où on ne peut faire la ligature, et bientôt, j'espère, la torsion sera substituée à la ligature. Je ne parlerai pas de mes autres travaux.

Mais pour l'établissement d'un anus artificiel, dans des cas désespérés, il est évident qu'on n'avait que l'opération de Littre; or, cette opération est si grave et si chanceuse qu'on y avait rarement recours. Au reste, pour établir la gravité comparative des deux opérations de Littre et de Callisen modifiées, ne pourrait-on pas dire que la première est à la deuxième, ce que la taille est à la lithotripsie. Ainsi les étranglements internes du gros intestin qu'on croyait naguère au-dessus des ressources de l'art, seraient désormais moins redoutables même que les hernies étranglées. Un anus artificiel laisse, il est vrai, une infirmité grave; mais elle est plus supportable qu'on ne le pense généralement, comme on peut s'en convaincre en relisant les observations de mes opérés.

l'homme, une sonde tout à fait droite (et *le premier brise-pierres droit*) sans faire subir aucunes violences aux parties..... On peut même ajouter qu'il a conçu l'idée de cette opération *d'après ses recherches sur la direction et la structure de l'urèthre*... (p. 543). Si M. Amussat n'avait pas annoncé la possibilité d'introduire une sonde droite par l'urèthre dans la vessie de l'homme, *on aurait probablement renoncé au projet de détruire la pierre dans la vessie par des moyens mécaniques*, en sorte que nous aurions été privés, sinon pour toujours, au moins pour longtemps, des bienfaits de la lithotripsie. » Et tous les hommes impartiaux, au courant des progrès de la science, disent et répètent ce qui a été établi par Boyer; il est donc évident que la lithotripsie est le résultat de mes études d'anatomie chirurgicale de même que la possibilité d'établir un anus artificiel sans ouvrir le péritoine.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 977.

[V.]

TROISIÈME MÉMOIRE

SUR LA POSSIBILITÉ D'ÉTABLIR

UN ANUS ARTIFICIEL

DANS LA RÉGION LOMBAIRE GAUCHE, SANS OUVRIR LE PÉRITOINE

CHEZ LES ENFANTS IMPERFORÉS:

LU A L'ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES, LE 4 JUILLET 1842,

Par J. Z. AMUSSAT (1).

Trop long temps on a cru qu'il n'était pas possible d'ouvrir les gros intestins dans la région lombaire, pour établir un anus artificiel, sans intéresser le péritoine, sans pénétrer enfin dans la cavité abdominale; c'est ce que je vais démontrer par un coup-d'œil rapide sur l'histoire de cette opération.

En 1710, Littre, célèbre anatomiste et membre de l'Académie des sciences, émit le premier l'idée de la possibilité de remédier à l'imperforation des intestins des nouveau-nés en établissant, au ventre, une voie artificielle.

Tout ce qu'ont dit avant cette époque Praxagore, Nuck, etc., est vague et incertain. Littre seul a bien conçu et formulé nettement la possibilité de faire vivre les enfants imperforés. C'est donc le point de départ; c'est le premier chaînon des travaux non interrompus depuis cette époque.

En 1776, 66 années après que l'idée de Littre eut été publiée par Fontenelle, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, Pilore, chirurgien distingué de Rouen, contemporain de Lecat, en fit l'application, mais, contrairement à l'opinion

(1) Le premier Mémoire a été inséré dans la *Gazette médicale* de 1839, et se trouve chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17 bis.

Le deuxième Mémoire a été inséré dans l'*Examinateur médical*, 1841, tome I.

accréditée, ce *fut sur un adulte et non sur un enfant.* L'opéré vécut 28 jours. (Voyez mon premier mémoire, page 84.)

En 1783, 7 années après Pilore, A. Dubois appliqua, le premier, l'idée de Littre sur un enfant imperforé qui vécut 10 jours.

Callisen, chirurgien distingué de Copenhague, donna une grande publicité à une idée lumineuse pour rendre l'opération de Littre moins dangereuse; il dit, dans son SYSTEMA CHIRURGIÆ, *qu'on a proposé* d'ouvrir le gros intestin par la région lombaire, au lieu de la région iliaque, pour éviter la lésion du péritoine; mais l'essai qu'il fit de cette méthode sur un cadavre d'*enfant imperforé* ne fut pas heureux (1).

En 1793, Duret, de Brest, ayant résolu d'opérer un enfant imperforé, fit aussi l'essai de la méthode dite de Callisen sur un cadavre d'enfant, sans plus de succès, et alors il opéra par la méthode de Littre; son opéré a vécu plus de 40 ans.

En 1794, Desault pratiqua aussi, comme Duret, l'opération de Littre, mais l'enfant mourut au bout de 4 jours.

Sabatier, qui a enregistré et sanctionné ces faits sans les vérifier, puisqu'il ajoute que les colons lombaires sont presque toujours *flottants* chez les enfants, donne en conséquence la préférence à la méthode de Littre.

Depuis Sabatier, l'opinion a été fixée sur ce point, et beaucoup d'opérations d'anus artificiels ont été pratiquées en France et à l'étranger. J'en ai rassemblé 29 dans mon premier mémoire: 8 sur les adultes et 21 sur les enfants. Comme on peut le voir, la méthode de Littre seule était employée, mais il faut le dire, elle est si dangereuse, si rarement suivie de succès qu'on a laissé

(1) Je place ici Callisen, quoique je n'aie pu me procurer encore de preuves positives sur son antériorité, parce que je n'ai que l'édition de 1800 et que je n'ai pu en trouver d'autres dans les bibliothèques publiques et particulières. Mais l'autorité de Sabatier me suffit; il a enregistré les faits de Callisen et de Duret, et il est plus que probable, il est certain même qu'il a puisé les renseignements précieux qu'il donne sur Callisen, dans une édition antérieure ou dans un autre ouvrage. La première édition porte la date de 1776.

mourir beaucoup de malades et d'enfants dont on aurait pu prolonger la vie.

Mais depuis la publication de mes travaux, j'ai trouvé un fait que je reproduirai à la fin de ce mémoire, et dans lequel on voit que la méthode de Callisen a été employée, sans succès, sur un enfant imperforé, par M. Bougon, alors chirurgien de l'hôpital des Cliniques. J'ajouterai que M. Vidal de Cassis, n'est pas étranger, si j'ai bonne mémoire, à l'opération qui fut pratiquée par M. Bougon.

Tous les documents relatifs à ce point de l'histoire de l'opération de l'anus artificiel sont consignés dans mon premier mémoire. J'ai cherché à réunir tous les faits disséminés dans les archives de la science, afin que les chirurgiens puissent les consulter au besoin. Quelques faits importants avaient été oubliés, et j'en ai déjà trouvé depuis de bien précieux. Sans doute il en existe encore que je serais heureux de connaître.

Déjà, en 1835, j'ai eu l'honneur de vous lire un premier mémoire sur un nouveau procédé pour remédier à l'absence congénitale du rectum ; il contient un fait à l'appui. J'en donnerai l'analyse dans ce mémoire.

En 1839, je vous ai adressé mon premier mémoire sur la possibilité d'établir un anus artificiel dans la région lombaire sans pénétrer dans le péritoine ; il renferme deux faits à l'appui et des documents importants.

En 1841, je vous ai adressé un second mémoire sur le même sujet ; il contient deux nouveaux faits à l'appui de mon procédé ; ce qui fait quatre.

Depuis la publication de mon deuxième mémoire, j'ai pratiqué quatre opérations nouvelles. La première sur un adulte: l'observation de ce fait a été publiée par M. Vidal de Poitiers, dans la *Gazette des Hôpitaux* du mois d'avril 1842; et les trois autres sur des enfants imperforés, ce qui fait huit en faveur du procédé que j'emploie, c'est-à-dire sans ouvrir le péritoine. Je donnerai la relation des trois faits qui se rapportent à des enfants imperforés, et j'indiquerai les cas dans lesquels on peut établir un anus artificiel dans la région coccygienne.

La question des atrésies du rectum est restée fort obscure, malgré les travaux nombreux qui existent sur ce sujet. En consultant les résumés les plus complets, tels que les articles des dictionnaires et les ouvrages de Lassus, Sabatier, Boyer, etc. on ne trouve rien de satisfaisant, rien de précis; tout y est vague et incertain. La question n'a pas été approfondie; chacun agit à son gré et retombe dans les mêmes errements.

Dès longtemps, j'avais entrevu la cause des insuccès, mais j'avais été arrêté par la difficulté du sujet, et à chaque opération nouvelle, j'ai confirmé mes idées sur la possibilité d'attirer souvent le rectum pour établir un anus artificiel dans la région coccygienne, comme à l'abdomen. Je crois pouvoir établir aujourd'hui quelques principes qui serviront à éclairer cette importante question.

En général, on désigne sous le nom d'*atrésies* du rectum, toutes les espèces d'imperforations de l'extrémité inférieure du tube digestif; mais cette expression n'est pas exacte, car souvent le rectum est perforé, *mais mal perforé*, à la peau ou dans un organe voisin. C'est donc un terme impropre; il vaudrait mieux dire *imperfections* du rectum. Cependant, comme cette expression est consacrée dans la science, je continuerai à me servir de ces dénominations d'imperforation ou d'atrésie, qui sont synonymes.

Les faits connus et constatés soit simplement par l'examen pendant la vie, soit par l'autopsie, prouvent que cette aberration de la nature n'est pas rare; on en trouve déjà beaucoup dans nos livres de médecine; je les ai reproduits dans mon premier mémoire; mais il est probable qu'un bien plus grand nombre est resté ignoré.

Les atrésies du rectum se divisent naturellement en deux grandes catégories.

Dans la première, l'intestin rectum est bouché à son orifice ou plus haut; il y a une obturation complète du tube digestif.

Dans la deuxième, l'anus est rétréci, trop étroit, c'est une ouverture incomplète, une fistule stercorale à la place de l'anus ou dans un autre point de la peau ou dans un organe voisin.

Cette classification est la plus simple parce qu'elle est fondée sur le mode de terminaison du tube digestif.

Examinons séparément ces deux catégories, et voyons ce qu'il faut faire et éviter pour chacune.

D'abord, il ne faut pas prendre trop vite un parti ; il faut, avant tout, observer avec soin le fait qui se présente, et conférer promptement avec quelques confrères, afin de chercher à établir ce qu'il y a de mieux à faire. Mais il importe surtout de ne pas attendre le cas échéant pour se préparer ; il faut avoir auparavant étudié la question sous toutes ses faces, et ne pas opérer au hasard et timidement, comme on l'a fait jusqu'à présent.

Quels sont les signes caractéristiques de chaque catégorie ?

Dans la première, il y a rétention complète du méconium, parce que le tube digestif est complètement bouché ; les ouvertures voisines, l'urèthre ou la vulve ne livrent point passage au méconium ; l'extrémité inférieure du gros intestin est plus ou moins éloignée de la peau. Quelquefois, elle n'est bouchée que par cette membrane plus ou moins épaisse.

Souvent l'enfant est bien conformé en apparence ; cependant il ne rend point de méconium. Alors, les cris, la dureté du ventre, l'inutilité des purgatifs font présumer un obstacle. Enfin, dès qu'on soupçonne le défaut de continuité du rectum, une injection qui revient à mesure qu'on la pousse, une sonde de femme et le petit doigt suffisent pour éclairer le diagnostic.

Dans la deuxième catégorie, l'ouverture est incomplète ; il existe plutôt une fistule stercorale qu'un anus et le méconium sort difficilement. Il en est de même lorsque le gros intestin communique avec la vessie ou le vagin.

En résumé, dans la première catégorie, il y a obturation complète ou interruption du tube digestif, et par conséquent le méconium ne peut sortir.

Dans la deuxième, le méconium sort difficilement par une ouverture fistuleuse ou par les ouvertures des organes voisins.

Nous allons passer en revue ces deux grandes catégories et

toutes les variétés connues de chacune d'elles, pour essayer de tracer la marche à suivre.

La première catégorie comprend toutes les véritables imperforations ou obturations du rectum: ou bien cet intestin est simplement bouché par la peau plus ou moins épaisse, ou bien il se termine en cul-de-sac à une hauteur variable.

Souvent l'intestin est étranglé à quelque distance de l'anus qui est bien conformé, et il existe une petite portion du rectum, ordinairement longue de deux ou trois centimètres. Cette variété est, je crois, la plus commune.

Comme on le voit, il y a toujours, dans ces cas, imperforation, non pas de l'anus, mais du rectum, plus ou moins haut: quelquefois il y a une véritable interruption du tube digestif.

J'ai constaté une variété de cette catégorie assez rare; l'anus s'ouvrait dans le vagin. Pour bien faire comprendre cette anomalie, il vaut mieux dire que le vagin avait deux ouvertures, l'une en arrière aboutissant à l'anus, et l'autre en avant à la vulve. (Voir page 10)

Relativement aux indications, cette grande catégorie comprend deux divisions:

Dans la première, on reconnaît la fluctuation du méconium.

Dans la seconde, on ne peut distinguer la fluctuation.

Lorsque la fluctuation est très-manifeste, c'est-à-dire lorsque l'anus n'est bouché que par la peau plus ou moins mince, l'indication est bien tracée: faire la ponction de la peau au milieu de l'anus, l'agrandir dans le sens de l'anus, conserver le sphincter, réséquer avec soin les deux côtés, et pour obtenir une ouverture suffisante, aviver les angles et maintenir l'ouverture dilatée avec des mèches, ou enfin faire comme pour le méat urinaire, et dilater avec des bougies de cire jusqu'à la parfaite cicatrisation.

On n'a guère réussi que dans des cas de cette espèce; car lorsqu'il y a une certaine épaisseur au-dessous du cul-de-sac du rectum, la résorption stercorale et la difficulté de maintenir l'ou-

verture suffisamment dilatée ont presque toujours fait succomber les enfants.

Lorsque la fluctuation est profonde, c'est-à-dire, lorsque le rectum est plus éloigné de la peau et qu'il est recouvert par une grande épaisseur de parties molles, les signes certains de la fluctuation sont plus difficiles à acquérir.

Il faut d'abord observer avec soin le plancher du bassin formé par les régions coccygienne et périnéale confondues. S'il est bombé, c'est déjà une grande présomption en faveur de la supposition, et s'il proémine encore dans la respiration et quand l'enfant crie, on peut dire que le rectum n'est pas très-éloigné.

Le palper peut aussi être utile ; mais le plus sûr moyen pour s'assurer de la fluctuation, consiste à placer légèrement un doigt au centre du plancher du bassin, de manière à le déprimer, tandis qu'avec l'autre main, on presse l'abdomen de haut en bas, ou mieux d'un côté à l'autre ; si le doigt est repoussé, on doit regarder ce signe comme certain.

L'indication dans ce cas est toute différente ; la ponction est insuffisante, presque tous les enfants meurent. Il faut, alors, établir un anus artificiel dans la région coccygienne.

Lors même qu'on serait certain d'arriver au rectum par une ponction avec le bistouri ou par plusieurs incisions successives, comme on le fait habituellement, il faut renoncer à ce moyen si le cul de sac du rectum est séparé de la peau par une certaine épaisseur de parties molles. Il vaut mieux établir l'anus artificiel par le procédé que j'ai employé avec succès.(Voir page 10.)

Pour établir un anus artificiel dans la région coccygienne, il faut faire pour cette région, ce que je fais dans la région lombaire ; mais, au lieu de chercher à attirer le rectum en bas, vers le point que doit occuper l'anus habituellement, il vaut mieux l'attirer directement en arrière pour avoir moins de chemin à faire parcourir à l'intestin et par conséquent, dans le cas de rétraction, éviter les effets de la résorption sur une grande surface traumatique.

Lorsque l'anus existe et que l'obturation a lieu plus ou moins haut, la fluctuation est manifeste au fond du cul-de-sac, ou elle

ne l'est pas. Dans ce dernier cas, il faut explorer avec un trois-cart, et alors il faut opérer comme lorsqu'il n'y a pas d'anus.

Lors même que les deux bouts du rectum ne seraient séparés que par un diaphragme, il ne faudrait pas opérer comme on le fait ordinairement, c'est-à-dire en faisant une ouverture à ce cul-de-sac pour rétablir la voie; car on ne réussit presque jamais d'une manière durable; parce qu'on a deux rétrécissements, l'anus d'abord, et l'ouverture artificielle qui est fort difficile à maintenir dilatée au-dessus de l'anus. Dans ce cas, il faut opérer comme s'il n'y avait pas d'anus et comme si le rectum manquait en bas dans toute l'étendue du petit bout anal; inciser en arrière et au-dessus, et ne pas attirer le rectum en bas, mais en arrière directement, comme je l'ai fait sur une petite anglaise dont l'observation sera relatée dans ce mémoire. (Voy. page 10)

Lorsqu'il n'existe aucun signe de la fluctuation, lorsque rien n'indique la présence du rectum dans le bassin, que faut il faire ?.... Il faut se décider cependant à faire quelques tentatives. Si on ne trouve pas de contre-indication manifeste à l'opération par en bas, il faut, malgré l'incertitude, aller à la recherche du rectum par la région coccygienne. On doit, dans ces cas, faire une incision longitudinale sur le côté gauche du coccyx, peut-être une incision cruciale, peut-être même réséquer le coccyx pour faciliter l'opération.

Si on trouve le rectum, il faut l'attirer en arrière et le fixer à la peau. Si on ne le trouve pas, doit on s'arrêter ? ou faut-il attirer ce qui se trouve au-dessus du cul-de-sac du péritoine, au risque d'amener un intestin grêle ? Je crois qu'il faut agir avec beaucoup de circonspection.

Mais enfin, dans quels cas doit on opérer en haut, c'est-à-dire au ventre, ou dans la région lombaire ? Il est fort difficile de répondre à cette question maintenant, parce que le problème n'est pas encore résolu, et il ne peut l'être que par des essais répétés par en bas. En attendant, je persiste à penser qu'on doit faire tous ses efforts pour établir l'anus artificiel dans la région coccygienne.

La deuxième catégorie comprend toutes les ouvertures incomplètes ou anormales de l'anus. Alors, comme on le voit, il n'y a pas imperforation, mais mal-perforation, que l'ouverture ait lieu à la peau ou dans un des organes voisins.

La variété la plus commune de cette catégorie, c'est celle où le rectum s'ouvre dans un des organes voisins.

On pourrait rattacher cette variété de la deuxième catégorie à la première ; car, lorsque les ouvertures sont profondes et inaccessibles, c'est comme si elles n'existaient pas, et il faut agir comme dans les cas d'imperforation; ce sont les mêmes indications.

S'il n'est pas possible d'agrandir l'ouverture, il faut opérer comme pour la première catégorie, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de fluctuation.

Je commence par cette première division de la deuxième catégorie, parce qu'elle est la plus commune, et que les indications sont les mêmes que pour les imperforations.

La première classe de cette catégorie comprend les rétrécissemens de l'ouverture anale : l'anus est mal perforé, il existe une ouverture fistuleuse plutôt qu'un anus bien conformé. Cette variété de la deuxième catégorie est assez rare, car on n'en cite que quelques exemples dans les auteurs.

L'indication est bien simple, agrandir l'ouverture et la maintenir dilatée par l'avivement des angles et la dilatation par les mèches, ou mieux, avec de petites bougies.

Conserver et faire servir le sphincter, s'il est possible.

La deuxième variété de cette catégorie comprend les anomalies de cette espèce, c'est-à-dire, la perforation de l'intestin dans un autre point que l'anus ordinaire, au sacrum ou à l'abdomen.

Que doit-on faire dans ces cas ?

Agrandir l'ouverture si elle est trop étroite, et, si ce n'est pas possible, il faut alors chercher à établir l'anus artificiel dans la région lombaire.

Mais avant d'aller plus loin, nous allons donner ici les

observations des enfans chez lesquels nous avons cru devoir établir un anus artificiel dans la région coccygienne.

OPÉRATIONS PRATIQUÉES DANS LA RÉGION COCCYGIENNE.

Obs. I. — ***Absence du rectum, communication de l'anus avec le vagin chez un enfant nouveau-né du sexe féminin. Anus artificiel dans la région coccygienne ; guérison.*** — (Obs. lue à l'Institut le 2 novembre 1835).

Le 8 septembre 1835, je suis appelé à 1 ou 2 heures du matin, chez M. B..., Anglais, demeurant au Rond-Point des Champs-Élysées. J'y trouve M. Déneux qui avait accouché madame B... Il me dit que l'enfant, né du 6 septembre, à quatre heures du soir, ayant 33 à 34 heures d'existence, n'avait cependant pas encore rendu de méconium.

La nourrice nous dit que l'eau tiède injectée par l'anus ressortait par la vulve. Elle nous assura qu'elle avait trouvé les langes imbibés d'urine. Mais le fait nous parut douteux.

Ce premier enfant d'un second mariage, quoique né à sept mois, me parut bien constitué et plein de vie; cependant le ventre était dur et rebondi; l'anus et la vulve étaient bien conformés. Une canule flexible introduite par l'anus pénétrait facilement jusqu'à 2 pouces environ. Une injection poussée par cette voie ressortait immédiatement par la vulve. Une sonde introduite dans le vagin, par la vulve, rencontrait facilement la canule introduite par l'anus.

Nous pensâmes que le rectum était obturé à 2 pouces environ, et qu'il communiquait avec le vagin; c'est-à-dire que nous crûmes reconnaître l'existence d'une fistule ***recto-vaginale***, en d'autres termes, *que la cloison mitoyenne n'existait pas dans une assez grande étendue.*

Nous déclarâmes aux parents qu'il n'y avait que deux moyens pour donner issue au méconium, savoir : 1° Par l'anus ou la voie naturelle; 2° par l'abdomen. Il nous fut facile de leur faire comprendre le danger de l'une et de l'autre opération, ainsi que leurs inconvénients respectifs. Et nous ajoutâmes

que, dans le cas où nous réussirions à trouver le rectum par le vagin, il y aurait nécessairement une communication entre l'intestin et le conduit vaginal. Malgré notre déclaration, les parents rejetèrent aussitôt l'idée de l'opération de Littre, et pensèrent avec nous qu'il valait mieux chercher à rétablir les voies naturelles, même avec les inconvénients d'une fistule, que d'en établir une nouvelle à l'abdomen. Il fut donc convenu que nous irions à la recherche du rectum interrompu.

Je proposai dans ce but de dilater l'anus avec une éponge préparée.

A quatre heures du matin, un morceau de ce corps spongieux, long de 18 lignes, moins gros que le petit doigt, et attaché à l'une de ses extrémités par un fil, fut introduit dans l'anus et soutenu par une compresse carrée et un bandage en T. Il fut convenu que je reviendrais à huit heures du matin pour placer une autre éponge plus longue et plus grosse, et que nous nous réunirions de nouveau à midi, pour faire une opération s'il y avait lieu.

A huit heures je retirai l'éponge humide et gonflée; elle avait fortement dilaté l'anus. Je pus y introduire le petit doigt, que je fis parvenir facilement à la vulve; mais je fus arrêté plus haut par un cul-de-sac. Comme il était douteux que l'enfant eût uriné, j'allai à la recherche de l'urèthre avec une petite sonde droite d'argent, sans néanmoins reconnaître à la vue ce conduit excréteur. La petite fille urina cependant avec assez d'abondance, pendant mes recherches, sans doute parce que j'avais titillé le méat urinaire avec ma sonde. Une nouvelle éponge un peu plus forte que la première et un peu plus longue, fut introduite dans l'anus, où elle demeura soutenue comme je l'ai déjà dit.

A midi, suivant nos conventions, M. Déneux revint avec moi pour délibérer sur le parti à prendre. Je fis admettre à la consultation M. Lehaudy, qui m'avait témoigné le désir d'y assister.

Nous cherchâmes alors à reconnaître si nous ne découvririons pas le rectum distendu par le méconium, afin de le perfo-

rer. Peu satisfait de notre exploration, et quoique l'enfant fût déjà bien fatiguée, je me décidai à introduire le doigt indicateur dans l'anus. Cette nouvelle recherche ne me fit trouver en haut et en arrière qu'une poche molle que je soupçonnai devoir être formée par le rectum. Cependant, en haut et en avant du cul-de-sac qui arrêtait mon doigt, je découvris une espèce de rétrécissement fongueux que je pris d'abord pour le point rétréci ou obturé de l'intestin.

Pour rendre raison à MM. Déneux et Lebaudy de ce que je venais de découvrir, je leur dis que le corps que je touchais me produisait la même sensation qu'un col de matrice effacé, ramolli, et dont l'ouverture serait fort étroite. Chacun de ces messieurs reconnut ce que j'avais constaté, et M. Déneux nous dit qu'il pensait que ce pourrait bien être le col de la matrice de la petite fille. Une nouvelle exploration fut faite, et confirma ce qu'avait pensé M. Déneux. Il fut dès-lors établi qu'il existait un vagin dans lequel s'ouvrait l'anus *sans rectum*, et que la vulve et l'anus communiquaient dans le vagin ; il y avait ainsi, par une étrange anomalie, deux ouvertures au périnée au lieu d'une, et toutes les deux aboutissaient au vagin (1).

Après avoir bien constaté que nous aurions affaire à un vice de conformation extraordinaire et qui consistait dans une absence du rectum ou d'une partie du rectum, je résolus d'explorer attentivement tout le bassin, à travers les parois du vagin, toujours en introduisant le doigt indicateur par l'anus ou la deuxième ouverture du vagin, et dans le but d'aller à la recherche de l'intestin manquant. Après avoir bien exploré les parois osseuses du bassin en avant, en arrière et sur les côtés, je reconnus, non sans difficulté, en avant la vessie, en arrière le sacrum et l'angle sacro-vertébral que j'explorai soigneusement. Je cherchai la poche que devait former le rectum distendu par le méconium ; en palpant à gauche de l'angle sacro-vertébral avec le bout du doigt, au travers de la paroi postérieure du vagin, je sentis un

(1) C'est la première fois que ce vice de conformation est constaté : je n'en ai du moins trouvé aucun exemple dans les auteurs.

corps aplati qui fuyait sous mon doigt lorsque je parcourais une certaine étendue. Je répétai plusieurs fois de suite la même manœuvre, et j'éprouvai toujours la même sensation. En réfléchissant sur ce fait, je pensai que l'objet que je touchais ne pouvait être que le rectum. Je fis part de ma découverte à mes confrères, qui, après avoir fait les mêmes recherches que moi, se rangèrent de mon avis.

A l'instant le diagnostic, si difficile jusque-là, devint plus clair et plus certain relativement aux faits déjà établis, savoir, que le vagin, plus ample que d'ordinaire, paraissait occuper seul la cavité du bassin, et qu'en haut et en arrière, à gauche de l'angle sacro-vertébral, se trouvait l'extrémité du rectum imperforé.

Je me sentis dès-lors soulagé, et comme débarrassé de la difficulté que présentait la manœuvre opératoire dans une occurrence aussi délicate, et je pensai aussitôt à mettre en pratique l'opération que dès longtemps je méditais pour de semblables cas (l'absence du rectum).

Avant de procéder à l'opération, nous nous assurâmes de nouveau que le corps membraneux que nous sentions sous le doigt était bien la terminaison du rectum. L'élévation de l'extrémité de cet intestin nous parut être de 2 pouces environ au-dessus de la peau du périnée.

Le procédé à employer m'avait été suggéré par deux insuccès que j'avais éprouvés dans les cas analogues, en opérant, conjointement avec mon ami le docteur Troussel, deux enfants nouveau-nés, dont le rectum imperforé se terminait aussi à 18 lignes ou 2 pouces de la peau du périnée. Dans ces deux cas, j'avais incisé cette partie à l'endroit où l'anus aurait dû se rencontrer; j'avais dilaté la plaie avec de l'éponge préparée, et enfin j'avais perforé le rectum distendu par le méconium. Les enfants devinrent jaunes et moururent au bout de quelques jours. J'attribuai leur mort à la résorption de la bile et du méconium sur un assez long trajet de tissu cellulaire saignant.

Peu disposé à faire l'opération de Littre, je persistai à penser

qu'en pareil cas il valait mieux rétablir la voie naturelle, mais en cherchant à éviter les inconvénients de la résorption.

Je pensai alors à attirer l'intestin jusqu'à l'ouverture faite à la peau, et à l'y fixer par des points de suture. De nombreuses expériences sur la manière d'établir le plus sûrement possible des anus artificiels chez les animaux vivants me confirmèrent dans mes craintes sur les dangers de la résorption et sur la nécessité d'amener l'intestin suffisamment au dehors, pour empêcher l'infiltration et les abcès stercoraux.

L'opération proposée parut d'abord fort extraordinaire, et ne reçut pas au premier moment un bon accueil.

On me fit force objections; on insista particulièrement sur la crainte des hémorrhagies, des abcès, etc.; enfin on me dit que si l'intestin était rubané dans une étendue plus ou moins grande, il faudrait le dévider, etc.

Cependant, après avoir discuté la valeur de chaque objection, je décrivis de nouveau le procédé que je me proposais de suivre, et qui consistait « à faire une ouverture devant le coccyx, » derrière l'anus vaginal, à détacher avec le doigt et le bistouri la paroi postérieure du vagin, du coccyx et du sacrum; » remonter jusqu'au cul-de-sac du gros intestin, le reconnaître par le vagin, et, par la voie nouvelle, l'accrocher avec » des érignes; le dégager tout autour, plus avec le doigt » qu'avec le bistouri; l'attirer jusqu'à l'ouverture de la peau; » l'ouvrir assez largement, laisser écouler le méconium, et » fixer convenablement, par la suture entrecoupée, l'ouverture de l'intestin à celle de la peau. »

L'opération fut mieux appréciée et mieux accueillie cette fois. On n'en laissa point ignorer les dangers aux parents. Toutefois, je leur fis observer que si nous parvenions ainsi à établir une issue au méconium, non-seulement nous sauverions l'enfant, mais il n'y aurait pas de fistule recto-vaginale. Pendant tout ce temps, l'enfant avait été placée dans un bain émollient pour calmer l'irritation déterminée par cette longue et douloureuse exploration.

Tout étant préparé, une nouvelle exploration relative à l'exé-

cution de l'opération ayant été faite, et l'enfant étant placé sur une table, je fis avec un bistouri à lame très courte, et convexe sur le tranchant, une incision transversale, de 6 ou 8 lignes d'étendue, derrière l'anus vaginal; une autre incision, dirigée vers le coccyx, donna la forme d'un T à l'ouverture par laquelle j'introduisis mon doigt pour me frayer un passage entre le vagin, le coccyx et le sacrum. Je coupai et déchirai le tissu cellulaire qui unit ces parties; une sonde placée dans l'anus vaginal me mit en garde contre la perforation de la paroi postérieure du vagin, c'est ainsi que je pénétrai à 2 pouces au moins, et je trouvai l'extrémité de l'intestin. Dès ce moment, l'enfant poussa instinctivement et me donna le moyen de reconnaître beaucoup mieux que par le vagin la terminaison du rectum, qui formait une espèce de poche. Mes confrères furent heureux comme moi de reconnaître cette disposition.

Je me décidai dès-lors à accrocher cette poche avec une double érigne; en tirant à moi, je dégageai l'intestin des adhérences faibles qui l'environnaient, excepté du côté du vagin, où je fus forcé de me servir du bistouri avec beaucoup de circonspection. Cette manœuvre facilita tellement les mouvements de traction, que bientôt nous aperçûmes au fond de la plaie la poche intestinale, et à notre grande satisfaction, nous reconnûmes que le méconium se faisait jour sur les côtés des crochets de l'érigne. Alors je transperçai le cul-de-sac de l'intestin avec une aiguille garnie d'un fil double, et à l'aide de ce moyen et de l'érigne, l'intestin fut amené au niveau de la peau. Une ouverture assez large ayant été pratiquée entre le fil et l'érigne, il en sortit aussitôt une grande quantité de méconium et de gaz. Ce temps de l'opération fut si rapide et si satisfaisant pour nous et les assistants, que l'un deux s'empressa de prévenir la mère de cet heureux résultat. Après avoir nettoyé l'enfant, qui se trouva fort soulagé par cette excrétion, je terminai l'opération de la manière suivante.

Ayant acquis la certitude que l'ouverture intestinale était insuffisante, je saisis avec des pinces à torsion les bords de cette

ouverture. Je confiai ces pinces à des aides qui devaient exercer sur cet intestin des tractions prolongées jusqu'à ce que la partie saisie dépassât l'ouverture faite à la peau.

Je pratiquai d'abord trois points de suture à chacun des angles de la plaie ; mais je remarquai que la rétraction exercée par l'intestin le faisait rentrer en dedans, et que dès lors il n'était plus au niveau de la peau.

Mes expériences sur les animaux vivants m'ont en effet appris que la condition essentielle pour l'établissement des anus artificiels est de faire dépasser le niveau de la peau par la membrane muqueuse de l'intestin, afin d'empêcher les matières de filtrer entre cet organe et l'ouverture faite aux tégumens. Je fis donc avec plus de soin six ou huit points de suture dans la circonférence de l'intestin, dont je fis épanouir la muqueuse au dehors en forme de pavillon.

Pendant toute l'opération, il coula peu de sang. Immédiatement après, on fit des injections dans le nouveau rectum, et l'enfant fut placé dans un bain de siége.

Dans l'espace de deux ou trois heures après l'opération, la petite malade fut changée de linge cinq à six fois, et l'on trouva constamment du méconium mêlé à une quantité assez notable de sang qui paraissait sourdre de l'angle gauche de la plaie. Plusieurs injections furent faites et dans l'anus artificiel et dans l'anus vaginal. Des cataplasmes de farine de graine de lin furent appliqués sur la plaie. Pendant tout ce temps, la petite opérée sembla perdre beaucoup de ses forces ; elle pâlit, et ses extrémités se refroidirent. Jusqu'alors on l'avait laissée dans son berceau. On la mit près de sa mère, qui la réchauffa et lui rendit en peu de temps toute sa vigueur.

De 7 à 11 heures du soir, elle fut pansée plusieurs fois, et elle prit un bain de dix minutes. A chaque pansement la quantité du méconium et de sang diminuait. Plusieurs fois on lui présenta le sein, qu'elle prit mal d'abord ; mais bientôt elle put exercer des succions assez fortes, et finit par s'endormir. Il n'y eut aucune apparence de fièvre, et douze heures après l'opération, il n'y avait aucun dérangement dans les points de suture.

Les parties lésées conservèrent de la rougeur; mais l'inflammation n'y fit pas de progrès remarquables.

Le 9 septembre, à 11 heures, il y eut une consultation dans laquelle on constata :

1° Que la santé générale de l'enfant était satisfaisante ; 2° que l'excrétion des matières fécales s'était parfaitement opérée ; 3° qu'il n'y avait pas de fièvre ; 4° que le boursoufflement qui occupait le pourtour de l'anus vaginal avait considérablement diminué ; 5° que la rougeur inflammatoire qui environnait cette partie, ainsi que l'anus chirurgical, avait perdu beaucoup de son intensité ; 6° que les points de suture s'étant bien soutenus, tout portait à croire que l'opération aurait un plein succès.

Le lendemain, on remarqua que l'enfant n'avait point sali ses couches, et qu'il n'y avait point eu d'excrétion d'urine. La petite malade a bien dormi: elle a continué de prendre le sein toutes les fois qu'on le lui a présenté, et elle ne semble d'ailleurs pas souffrir du tout.

Le 11 septembre, la plaie et les parties environnantes ont été trouvées dans un état satisfaisant. Les fonctions nutritives et excrétoires s'accomplissent parfaitement ; en un mot, l'enfant paraît être aussi bien que si elle était née sans aucun vice de conformation.

Les fils ont coupé les tissus du cinquième au dixième jour ; ils sont tombés d'eux-mêmes, ou ont été coupés.

L'anus vaginal était dégonflé et très-rétréci ; l'anus artificiel représentait une large ouverture à bords fendillés, et le rectum artificiel s'était un peu rétracté. Tout autour de l'ouverture, on sentait que le tissu cellulaire ambiant formait un anneau circulaire induré ; c'est une espèce de virole inflammatoire qui s'oppose aux infiltrations, à l'imbibition même. Les matières fécales sortaient avec la plus grande facilité. Aucun accident ne s'est développé.

Au bout de douze jours, l'anus artificiel a commencé à se rétrécir. Les fissures se sont cicatrisées, et ont donné à l'anus artificiel l'apparence froncée d'un anus naturel.

Le retrecissement augmentant, j'y ai fait introduire des meches suiffées, puis des bougies de cire ; enfin des bougies de gomme élastique qui étaient moins douloureuses.

En faisant cette opération, j'ai eu pour but de remplir la lacune laissée par le vice de conformation, c'est-à-dire d'abaisser l'extrémité du gros intestin au niveau de la peau. Ce procédé est basé sur la possibilité d'allonger l'extrémité du gros intestin d'un ou de deux pouces. L'artère mésentérique inférieure seule s'oppose directement à un plus grand allongement ; car, par cette manœuvre, l'S du colon pourrait aisément fournir un plus grand prolongement à ce défaut de rectum. En agissant ainsi, j'ai justement fait à la région anale ce que l'on pratique à la région abdominale lorsqu'on établit un anus artificiel, c'est-à-dire lorsqu'on va chercher l'intestin colon pour l'amener au niveau de la peau, avec cette différence seulement que, dans un cas, c'est une anse d'intestin qu'on amène au dehors, tandis que, dans l'autre, on attire l'extrémité ou l'espèce de cul-de-sac formé par la poche qui termine le gros intestin.

Par cette manœuvre, j'ai eu surtout en vue d'empêcher la bile et le méconium de passer sur les surfaces dépourvues de membrane muqueuse, et par conséquent de m'opposer aux effets destructeurs de la résorption, qui sont aussi funestes que ceux de l'urine dans des conditions pareilles, et surtout lorsque ces fluides peuvent séjourner, comme dans l'excavation du bassin.

Le 2 novembre, 55 jours après l'opération, la petite fille était dans un état parfait de santé ; on n'aurait pas supposé en la voyant, qu'elle eût subi une opération aussi grave. Il est vrai qu'elle n'avait pas eu de fièvre, même dans les premiers jours. Sa peau était parfaitement blanche, ce qui prouve qu'il n'y a pas eu la moindre résorption de bile. Elle faisait très-bien toutes ses fonctions, ne pleurait pas la nuit, et allait d'elle-même trouver le sein lorsque sa mère dormait (1). La défécation se

(1) Quelques jours après l'opération, j'ai trouvé la petite opérée dans un berceau éloigné du lit de sa mère ; elle était froide et presque

faisait comme chez les autres enfants ; on mettait seulement en permanence, dans l'anus artificiel, une bougie élastique un peu moins grosse que le petit doigt, pour s'opposer au rétrécissement de cette ouverture. Elle retenait les matières fécales 24 et même 36 heures. Lorsqu'elle criait, on ôtait la bougie, et l'intestin se vidait souvent immédiatement. On lui donnait un lavement toutes les 48 ou 72 heures, et alors elle évacuait pour deux ou trois jours, suivant les expressions de sa garde. La mère, qui est elle-même habituellement constipée, attribue cet état à une disposition de famille plutôt qu'au resserrement de l'anus artificiel ; car sa première fille, qu'elle n'a pas nourrie, était absolument de même.

L'enfant est actuellement âgée de 8 ans et demi, et, d'après les nouvelles que j'en ai reçues dernièrement, sa santé est excellente ; elle est aussi bien développée que les autres enfants de son âge. On entretient la dilatation du rectum à l'aide d'une canule en buis que l'on introduit de temps en temps (1).

Réflexions.—Lorsque j'ai communiqué ce fait à l'Académie de médecine, on m'a reproché de n'avoir pas utilisé l'anus normal chez cette petite fille, ou, en d'autres termes, on m'a demandé pourquoi je n'avais pas amené le rectum à l'anus pour utiliser les sphincters. J'ai admis, accepté l'objection alors, et j'ai regretté de n'avoir pas fait ce qu'on me reprochait ; mais aujourd'hui que j'ai acquis beaucoup plus d'expérience sur ce sujet, je m'applaudis d'avoir agi ainsi, et dans un cas pareil, je ferais

inanimée : je conseillai à la mère de la coucher à côté d'elle afin de la réchauffer. L'enfant serait morte assurément si je n'avais pas donné à temps cet avis, et *je crois avoir sauvé plusieurs enfants de cette manière*, en les faisant en quelque sorte couver par leurs mères ; car la nature n'a pas fait d'exclusion de cette fonction, même pour l'espèce humaine. Ces petits êtres n'ont pas assez de chaleur par eux-mêmes pour lutter contre le froid extérieur, surtout dans un climat comme le nôtre.

(1) Nous avons eu entre les mains la lettre où la mère rend compte de l'état de sa fille, et où elle témoigne à M. Amussat la plus vive reconnaissance. (*Note des Rédacteurs.*)

encore de même parce que je suis convaincu que le rectum ne *prêterait* pas assez pour venir jusqu'à l'anus, et si on ne parvenait pas à le faire adhérer solidement, il pourrait survenir une fistule recto-vaginale. Du reste, il ne faut pas, en général, trop insister et compter sur la possibilité d'attirer le rectum, dans la crainte de déterminer des accidents graves et même mortels.

Obs II. — *Imperforation de l'anus, chez un enfant nouveau-né, du sexe masculin ; le rectum s'ouvrait dans la vessie ; essais infructueux pour établir un anus artificiel dans la région coccygienne ; mort deux jours après.*

Le 7 mai 1842, on apporta chez moi, de la part de MM. les docteurs Miquel et Devilliers, un enfant du sexe masculin, né depuis quarante-huit heures environ. On nous dit qu'il n'avait pas d'anus, qu'il rendait du méconium avec l'urine et que, à raison de cette circonstance(les linges étant tachés en jaune), on avait ignoré jusque là qu'il présentât un vice de conformation.

Je l'examinai en présence de MM. L. Boyer, Filhos, Grabowski, Koutsoscki, Silvestre Du Perron et Le Vaillant.

Il n'existait pas d'ouverture anale, le raphé très-marqué, se prolongeait jusques au-delà du coccyx, et la région périnéale était partout uniformément développée. Le ventre était très-distendu et la partie inférieure infiltrée de sérosité. L'urine était jaunâtre, épaisse et tachait le linge. En pressant fortement sur l'abdomen, pendant que les doigts étaient placés au périnée, il nous fut impossible de sentir aucune espèce de fluctuation. Quoi qu'il en fût, la conviction, étant une fois acquise, que le rectum se terminait dans la vessie, il y avait lieu de supposer que la fin de l'intestin avait pu arriver à la partie inférieure du bassin, soit directement en s'abouchant dans le bas-fond de la vessie, soit par sa dilatation en se rapprochant du plancher périnéal et coccygien. Raisonnant toujours dans cette supposition, nous devions opérer par en bas, et chercher à établir l'anus dans la région coccygienne, avant de pratiquer une ouverture artifi-

ficielle dans la région lombaire gauche, en incisant le colon descendant.

Une incision fut d'abord pratiquée sur le raphé médian ; assez profonde, elle s'étendait d'arrière en avant d'un demi-pouce environ.—Il ne s'écoula aucun liquide.—En cherchant sous le coccyx, nous n'avons rien rencontré. Pour faciliter nos explorations, nous avons *rogné* l'extrémité cartilagineuse du coccyx et nous avons exploré avec le doigt indicateur introduit par la plaie ; nous avons vu dans la partie la plus élevée du bassin, un cône qui nous parut être la fin du gros intestin. Nous espérions atteindre le but de tous nos efforts ; mais cette portion conique ayant été incisée, ne nous fournit aucun liquide, et cependant nous vîmes une espèce de membrane muqueuse et un stylet put être introduit dans son intérieur. C'était, comme on le voit, une cavité; mais une cavité qui ne contenait ni gaz ni liquides. Enfin, après bien des recherches inutiles, pour apprécier la fluctuation qui aurait dû être sensible, si l'intestin eût été dans la partie supérieure de la plaie, comme nous l'avions espéré d'abord, nous avons renoncé à l'opération, à raison surtout de la faiblesse de l'enfant, et par la même cause nous n'avons pas cru devoir opérer dans la région lombaire gauche en ouvrant le colon descendant.

Sans doute, les chances de vie étaient bien faibles chez cet enfant, même avant l'opération; car il y avait une infiltration de la partie inférieure de l'abdomen, infiltration qui annonçait déjà de graves désordres du côté du ventre et peut-être de la respiration. Son état devenait encore bien plus inquiétant après une opération aussi longue et qui ne lui avait procuré aucun soulagement. Néanmoins, une lueur d'espoir nous restait encore, nous pensions que la fin de l'intestin viendrait peut-être s'engager dans la plaie, par les cris et les efforts de l'enfant, et qu'alors nous pourrions l'ouvrir et la fixer aux bords de l'ouverture ; mais nous fûmes encore cette fois, déçus dans nos espérances, et l'enfant mourut trente-six heures après, sans que nous ayons pu constater, par l'ouverture qu'on avait tenue béante avec une mèche de charpie, aucune espèce de fluctuation indiquant que le rectum se terminait dans le bassin.

A l'autopsie, que nous avons faite en présence de MM. Piett, Fillios, L. Boyer et Le Vaillant, nous avons constaté ce qui suit :

Le gros intestin est distendu par du méconium et par des gaz. Il a conservé ses rapports ordinaires, et on constate que le colon lombaire gauche est fixé à la paroi abdominale postérieure et qu'il est dépourvu de péritoine dans le tiers au moins de son étendue.—Le rectum, qui est très-dilaté, forme une ampoule volumineuse terminée par une extrémité conique ouverte dans la vessie entre les deux uretères par un pertuis étroit, égal à peu près à la moitié de l'ouverture du col de la vessie.

Par l'incision périnéale qui avait été pratiquée pour arriver jusqu'à la fin du gros intestin, nous étions parvenus à une très-petite distance du rectum : si nous avions persisté dans cette voie, il est probable que nous l'eussions atteint.

Obs. III. — *Imperforation de l'anus, chez un enfant nouveau-né, du sexe masculin. Établissement d'un anus artificiel dans la région coccygienne ; mort deux jours après.*

Le 15 mai 1842, à sept heures, M. le docteur Garnier, médecin à Charonne, m'adressa un enfant du sexe masculin né la veille à sept heures du soir, et ayant par conséquent vingt-quatre heures d'existence. Cet enfant n'avait pas rendu de méconium, son ventre était gros et dur et il avait vomi à plusieurs reprises. Je l'examinai avec attention, je remarquai que le raphé existait, et que dans le point où l'anus aurait dû s'ouvrir, il y avait un tubercule ovoïde ou plutôt une crête longitudinale longue de plusieurs lignes. Enfin, l'espace compris d'une part entre les deux tubérosités sciatiques, et d'autre part entre les bourses et le coccyx, me parut bombé, et je sentis dans cette région une fluctuation assez manifeste. J'ajouterai même qu'en pressant le tubercule placé dans le point où l'ouverture anale aurait dû exister, je crus reconnaître un enfoncement paraissant être limité de chaque côté par les deux moitiés du sphincter.

La même sensation de fluctuation se percevait encore lorsque pendant l'expiration, on appuyait sur l'abdomen avec la

main gauche, tandis qu'avec la main droite, on pressait le périnée. Après avoir fait constater ce qui vient d'être dit par tous les assistants, j'eus une conviction presque entière que le rectum, distendu par du méconium, ne se terminait pas à une grande distance de la peau. Alors l'enfant étant placé sur une table, situé et maintenu comme pour l'opération de la taille sous-pubienne, j'explorai de nouveau la région périnéale pendant que M. Boyer pressait sur le ventre, et dans le point où je sentais une fluctuation assez manifeste surtout près du tubercule médian dont j'ai parlé, je plongeai fortement de haut en bas et d'avant en arrière, la lame d'un bistouri; cette incision profonde ne donna lieu à aucun écoulement de matières, ce qui m'étonna beaucoup et me fit concevoir des craintes sur la justesse du diagnostic que j'avais porté. Mais en agrandissant en avant l'ouverture que je venais de pratiquer, pendant que je retirais mon instrument, il est sorti du méconium noir et gluant, ayant la forme d'une sangsue ou d'une matière épaisse qui aurait été forcée de passer dans une filière, c'était, en effet, une espèce de filière représentée par l'ouverture que je venais de pratiquer, par laquelle le méconium venait de s'écouler. Alors j'ai introduit une sonde de femme, puis sur cette sonde j'ai glissé un bistouri qui m'a servi à agrandir l'ouverture en arrière. Après cette incision, il est sorti du méconium en très-grande quantité.

L'enfant était très-faible; il était froid et violet; et respirait difficilement, peut-être, parce que, pendant l'opération on lui avait laissé la tête dans une position trop déclive. On lui a relevé la tête, on lui a agité la poitrine, et peu à peu la respiration s'est faite largement et il a remué les yeux Du méconium continua à sortir; d'abord noir, il est devenu plus clair et mélangé avec des gaz comme s'il venait de l'intestin grêle. Quelques stries sanguinolentes se remarquent aussi dans les matières rendues.

L'enfant a été nettoyé, on l'a placé auprès du feu afin de le réchauffer, et on a placé une mèche de linge dans l'ouverture qui venait d'être pratiquée.

La mort est survenue un ou deux jours après l'opération.

A l'autopsie, on a constaté que le rectum, très-dilaté dans toute son étendue et surtout à sa partie inférieure, se terminait à un pouce environ de l'anus artificiel qui avait été établi, et qu'il avait fallu arriver à cette profondeur pour l'atteindre avec l'instrument. Le colon lombaire gauche était comme dans presque dans tous les cas que j'ai observés, c'est-à-dire fixé à la paroi lombaire et dépourvu de péritoine dans le tiers postérieur, au moins de son calibre, et circonscrit en dedans, par le rein, recouvert par le feuillet antérieur du péritoine.

Les ganglions mésentériques et lombaires étaient remplis de pus.

La muqueuse intestinale était rouge et injectée dans une grande partie de son étendue.

Obs. IV. — *Imperforation de l'anus chez un enfant nouveau-né du sexe féminin ; établissement d'un anus artificiel dans la région coccygienne; mort quatre jours après* (1).

La quatrième opération dans la région coccygienne fut pratiquée sur un enfant nouveau-né du sexe féminin, pour lequel j'avais été appelé par M. le docteur Vignolo. Cet enfant avait une imperforation de l'anus; et on ne percevait pas de fluctuation dans les régions anale, périnéale et coccygienne. Une incision pratiquée dans la région coccygienne ne fut pas assez profonde pour arriver jusqu'à l'intestin. Alors, pour pénétrer à une plus grande hauteur, on fit la section de la pointe du coccyx qui était très-recourbée.

Enfin, craignant en prolongeant plus longtemps l'opération de blesser quelque organe important sans trouver l'intestin, je proposai ainsi que M. Breschet qui assistait à l'opération, d'établir un anus artificiel dans la région lombaire gauche. Cette proposition fut soumise aux parents de l'enfant qui la rejetèrent. L'opération fut donc continuée dans la région où elle avait été commencée, et on arriva à trouver le rectum qui était accolé

(1) Cette opération a été pratiquée depuis la lecture de mon Mémoire à l'Institut.

à la partie supérieure du vagin. Du méconium fut évacué, puis l'intestin fut fixé à la peau par deux points de suture entortillée. L'enfant succomba le quatrième jour, et les parents ne voulurent pas me laisser faire l'autopsie.

Il est évident que la mort est survenue dans ce cas, par suite du travail inflammatoire qui devait nécessairement résulter des recherches trop longues auxquelles il avait fallu se livrer pour trouver l'intestin distendu par le méconium.

Obs. V. — *Imperforation du rectum, à deux centimètres de l'anus qui était bien conformé, chez un enfant nouveau-né du sexe masculin. Établissement d'un anus artificiel dans la région coccygienne; guérison* (1).

Le 22 décembre 1842, M. le docteur Schuster m'adressa un enfant nouveau-né du sexe masculin qui n'avait pas rendu de méconium depuis sa naissance. Cet enfant, bien constitué du reste et bien développé, était né le 20 à sept heures du soir, et comme l'anus, bien conformé, présentait une ouverture aussi large que d'ordinaire, on n'avait pas soupçonné tout d'abord qu'il existait peut-être une imperforation du rectum. Mais après avoir administré des purgatifs pendant les deux premiers jours on chercha enfin à se rendre compte de l'état de l'enfant qui vomissait tout ce qu'on lui donnait et dont le ventre grossissait d'une manière sensible. Alors on introduisit le doigt et une sonde de femme dans l'ouverture anale, et on reconnut une imperforation.

Lorsque nous vîmes cet enfant, son ventre était ballonné, sa peau présentait une couleur violacée comme dans tous les cas où la circulation veineuse est entravée par quelque obstacle, et il poussait sans cesse des cris.

Une sonde introduite par l'ouverture anale pénétrait sans peine jusqu'à deux centimètres environ. Arrivée à cette hauteur, elle rencontrait une cloison qu'elle ne pouvait franchir. Le petit doigt était également arrêté à la même hauteur, et

(1) Opération pratiquée [depuis la lecture de mon] Mémoire à l'Institut.

on n'éprouvait pas la sensation d'une fluctuation indiquant que le bout supérieur du rectum distendu par le méconium, se terminait au-dessus de la cloison.

En palpant attentivement les régions périnéale et coccygienne, on sentait une fluctuation dans une étendue assez considérable en arrière de l'anus. Cette fluctuation qui était évidente surtout lorsque l'enfant criait et faisait des efforts, ou lorsqu'on exerçait des pressions sur le ventre, fut reconnue sans la moindre hésitation par tous les assistants. Indiquait-elle que le bout supérieur du rectum, dévié de sa direction normale, se terminait près de la peau de cette région? Cela était probable; mais on était loin cependant d'en avoir la certitude. Ajoutons que, par le toucher, on trouvait que le coccyx n'était pas recourbé comme il l'est habituellement chez les enfants bien conformés, ce qui indiquait que l'intestin en se dilatant inférieurement avait repoussé le coccyx afin de trouver un espace plus grand où il pût se développer. En tous cas, cette circonstance assez insolite, d'une fluctuation perceptible au dehors, en arrière de l'anus, et impossible à constater en portant un doigt dans l'ouverture anale, était bien de nature à embarrasser l'opérateur et à le rendre indécis sur le parti qu'il avait à prendre. Fallait-il inciser la cloison en se servant de l'ouverture anale, ou valait-il mieux créer un anus artificiel entre cette ouverture normale et le coccyx, enfin dans le lieu où la fluctuation perçue indiquait d'une manière presque certaine que le bout supérieur du rectum non perforé était parvenu, par sa distension, à une très-petite distance de la peau?

Après avoir réfléchi, je me décidai à pratiquer la dernière de ces opérations. Un bistouri servit à inciser sur la tumeur fluctuante, en le plongeant profondément et en le retirant il est sorti du méconium et des gaz. L'ouverture ayant été agrandie, on introduisit une sonde de femme et le doigt dans l'anus artificiel. Une grande quantité de méconium s'écoula. Satisfait du résultat heureux que je venais d'obtenir, je réfléchissais cependant à ce qu'il convenait de faire pour rendre à l'ouverture anale naturelle, si non toutes, au moins une partie de ses fonctions.

M. Vidal, de Poitiers, l'un des assistants, proposa d'agrandir l'ouverture du côté de l'anus, afin de faire une seule cavité des deux qui existaient. Une sonde cannelée perfora très-vite la mince cloison membraneuse qui séparait les deux bouts du rectum. On l'incisa avec des ciseaux en l'accrochant avec le doigt et en l'attirant au dehors. La muqueuse intestinale était lisse et veloutée, et le doigt était coiffé comme par un capuchon formé par la portion antérieure de la cloison. L'enfant fut lavé et nettoyé. On recommanda de faire des injections émollientes dans la plaie, et de faire prendre des bains de siége. Tous les jours cet enfant nous a été amené, son état s'améliore de plus en plus.

Une canule élastique est introduite de temps en temps dans le courant de la journée, dans l'ouverture anale, afin de la dilater et d'empêcher son resserrement.

Aujourd'hui, 18 février 1843, l'enfant se porte aussi bien que s'il n'avait pas été soumis à une opération aussi grave.

Réflexions. — Le diagnostic a été parfaitement justifié par l'opération. Ce sont mes idées arrêtées sur le lieu de l'opération qui m'ont conduit à ce diagnostic; car dès qu'on ne perçoit pas la fluctuation avec le petit doigt dans le cul-de-sac du rectum, on ne va pas s'imaginer que la fluctuation puisse être reconnue en arrière et plus bas; on suppose nécessairement que l'autre bout de l'intestin est plus haut; mais en réfléchissant, on voit que la chose est possible, et ce fait le prouve. Il est très probable que dans tous les cas analogues il doit en être ainsi, mais à un degré variable, suivant la distension du bout supérieur.

L'opération en arrière du cul-de-sac du rectum a parfaitement réussi. Après l'incision jusqu'à la poche méconiale, la ponction hardie a eu un plein succès : des gaz et du méconium sont sortis immédiatement. J'ai agrandi la ponction et j'ai introduit une sonde de femme et le petit doigt sans difficulté. Puis j'ai agrandi l'ouverture par en bas afin de faire servir l'anus plus tard, et enfin avec une sonde cannelée, j'ai percé la mince membrane muqueuse qui formait la cloison. J'en ai fendu le fond, et l'anus normal a, par suite, communiqué avec l'ouver-

ture artificielle que j'avais pratiquée en arrière. Avec le petit doigt, j'ai reconnu la muqueuse, ainsi qu'une portion de la cloison qui coiffe ce doigt comme un capuchon ; enfin j'ai débridé cette portion de la cloison avec des ciseaux, et alors le doigt a pu être introduit facilement dans le rectum sans rencontrer d'obstacle.

D'après la description de l'opération, il est assez facile de se représenter l'état pathologique de l'intestin. Il est évident que le rectum était obturé, étranglé à 3 centimètres de l'anus ; dans cet état l'autre bout de l'intestin s'est distendu et il s'est étendu en arrière, il a relevé le coccyx et il s'est insinué entre le bout inférieur et le coccyx.

On conçoit qu'il doit en être ainsi lorsque l'état pathologique est le même.

Il serait fort intéressant d'examiner une pièce d'anatomie pathologique de cette espèce pour voir quelle est la cause de l'obturation et les adhérences du cul-de-sac en avant.

Quoiqu'il fût impossible de reconnaître la fluctuation au fond du cul-de-sac, si on eût opéré avec le trois-quarts ou avec le bistouri, à la manière ordinaire, on aurait sans doute parfaitement évacué le méconium ; mais on conçoit la difficulté de tenir l'ouverture suffisamment dilatée. Le cul-de-sac du bout supérieur aurait mis un grand obstacle à l'écoulement des matières fécales.

Antérieurement à ce fait j'ai toujours cherché à ramener le bout supérieur à l'anus après avoir fendu le bout inférieur en arrière.

Il est évident que l'opération que j'ai faite sur ce dernier enfant est beaucoup plus simple et préférable. C'est comme une grande opération de fistule à l'anus.

Le diagnostic étant le même, ne serait-il pas préférable de fendre d'abord l'anus en arrière pour ne pas remonter trop haut du côté du coccyx.

Avec un petit bistouri à lame étroite, la pointe recouverte d'une boulette de cire, on pourrait d'abord agrandir l'anus en arrière, explorer et se diriger pour le reste de l'opération.

Après toutes les opérations de ce genre, si l'on veut obtenir des succès, il est indispensable de recommander d'avoir un soin

extrême de l'enfant, et si la mère ne peut allaiter, faire choix d'une bonne nourrice. Il faut avoir l'attention de faire souvent des injections dans la plaie, de donner des bains entiers, ainsi que des lavements émollients. Une température égale doit être maintenue dans l'appartement où se trouve l'enfant. Enfin l'ouverture artificielle qui a toujours de la tendance à se resserrer, doit être tenue suffisamment dilatée avec des tubes élastiques, et si, malgré ces moyens, on craignait de ne pas réussir, il faudrait pratiquer l'avivement des angles de la plaie, d'après le procédé que j'ai imaginé.

Opérations pratiquées dans la région lombaire gauche.

Avant de donner la relation des trois opérations que j'ai pratiquées dans cette région, sur des enfants nouveau nés atteints d'atrésies du rectum, nous allons examiner rapidement l'anatomie chirurgicale de la région lombaire, l'anatomie pathologique et décrire le procédé opératoire avec quelques détails.

L'anatomie chirurgicale de la région lombaire *sur les enfants* naissants est complètement en faveur de l'opération dans cette région plus encore que sur les adultes, parce que les intestins colons occupent chez les premiers une position plus fixe que chez les seconds.

Le rein, très-reconnaissable à sa couleur et à sa forme, occupe tout l'espace iléo-costal de haut en bas, et le colon lombaire gauche est constamment en dehors de cet organe. Le péritoine recouvre les intestins colons en avant seulement, de sorte que toute leur face postérieure n'est pas enveloppée par cette membrane, ce qui permet d'ouvrir ces intestins sans pénétrer dans l'abdomen.

L'anatomie pathologique confirme toutes les données fournies par l'anatomie chirurgicale; elle vient parfaitement à l'appui de l'opération; car non seulement l'intestin est plus distendu, même par l'accumulation du méconium que par l'insufflation, mais il semble encore être attaché plus fortement à la paroi lombaire que chez les adultes.

J'ai constaté cette disposition sur plusieurs autres enfants.

Le procédé pour établir un anus artificiel dans la région lombaire chez les enfants mérite une très grande attention ; tout étant préparé, bistouris, pinces, ciseaux, crochets, ténaculum, éponges, petites aiguilles courbes et fil, seringue et petite canule, on place l'enfant sur le côté droit, et un aide place sa main sous le ventre pour faire bomber la région lombaire gauche. Après avoir bien observé les points saillants de cette région et marqué à l'encre les trois côtés osseux de l'espace quadrilatère dans lequel on doit agir, on fait une incision transversale un peu oblique en bas, puis on pénètre plus profondément, mais avec grand soin, comme lorsqu'on opère une hernie. Lorsqu'on arrive sur le tissu cellulaire graisseux du rein, il faut l'ébarber avec des ciseaux, afin de bien reconnaître l'état des parties situées au-dessous. Lorsque cet organe est à découvert dans une petite étendue, il faut chercher à le reconnaître par le toucher, et si l'on conserve des doutes, le seul moyen de les lever, c'est de prendre le rein avec des ténaculum et de l'inciser légèrement. Alors si on a commis une erreur, on se dirige plus en avant; ce qui est facile à l'aide de l'incision transversale des parties et on arrive infailliblement sur l'intestin. Lorsqu'on l'a reconnu, on l'accroche dans le sens de sa longueur avec deux ténaculum, et on le perfore avec des ciseaux entre les deux instruments, puis on agrandit un peu l'ouverture, et enfin on fixe l'intestin ouvert à l'angle antérieur de la plaie, au moyen de trois points de suture entrecoupée. On facilite ensuite la sortie du méconium en pratiquant des injections dans le bout inférieur et dans le bout supérieur de l'intestin.

En resumé, il faut chez les enfants imperforés éviter de faire des tentatives trop prolongées par la région anale ou coccygienne, et lorsqu'on est obligé d'avoir recours à l'établissement d'un anus artificiel dans la région lombaire gauche, éviter aussi de faire une incision cruciale des téguments et des muscles, et de mettre trop à découvert le rein; il faut aussi avoir l'attention de ne pas aller trop en avant ; car on pourrait tomber dans le péritoine, enfin on n'ouvrira pas l'intestin dans une trop grande étendue, **en long ou en travers.**

Comme on doit le concevoir, et comme je l'ai dit dans mes précédents mémoires, ce n'est pas légèrement et simplement, ni pour faire autrement que Callisen, que j'ai donné la préférence à l'incision transversale sur l'incision perpendiculaire. C'est après avoir bien examiné, essayé et scruté de diverses manières que je me suis arrêté à l'incision transversale, parce qu'avant tout, il faut opérer le plus sûrement possible. Trouver l'intestin entre les deux lames du péritoine et l'attirer le plus possible en avant, tel est le but que je me suis proposé d'atteindre.

Ce n'est seulement qu'avec l'incision transversale que j'ai pu l'obtenir.

J'ai essayé les incisions obliques en bas et en haut; mais elles ont tous les inconvénients de l'incision transversale sans en avoir les avantages. C'est ce qu'il est facile de démontrer par un simple examen sur soi-même en mesurant l'espace qui sépare la dernière côte de la crête de l'os des îles.

Je pense, au reste, qu'il est nécessaire, si l'on veut pratiquer convenablement cette opération, de faire des essais répétés sur des cadavres d'enfants et de méditer les observations qui suivent.

1re Observation. — *Occlusion congénitale du rectum, à trois centimètres de l'anus, sur un enfant nouveau-né du sexe masculin. Absence du rectum au-dessus de l'occlusion. Etablissement d'une ouverture artificielle sur le colon lombaire gauche, sans ouvrir le péritoine.*

Le samedi 22 janvier 1842, à dix heures du matin, M. Grammont et Mme Coliet, sage-femme, demeurant aux Batignolles, m'ont apporté, de la part de M. Hippolyte Larrey, un enfant du sexe masculin, né le 20 janvier, à 4 heures du matin, n'ayant par conséquent que 54 heures d'existence. La sage-femme me dit que Mme G.... avait accouché heureusement, que l'enfant était bien conformé en apparence, mais qu'il avait probablement l'intestin fermé; car il ne rendait point de méconium; du sirop de chicorée fut prescrit pour purger l'enfant, qui avait bien pris le sein cependant, et qui ne paraissait pas souffrir.

Le lendemain, la sage-femme fut fort étonnée d'apprendre que le sirop purgatif n'avait pas produit son effet ordinaire ; elle s'assura de nouveau que l'anus était bien conformé. Mais inquiète sur cette rétention du méconium et l'enfant paraissant souffrir, il tétait moins bien et vomissait déjà, elle fit appeler M. le docteur Damicourt, qui, après avoir exploré l'anus et le rectum avec des sondes élastiques, reconnut une occlusion à trois centimètres environ. Ne voulant pas tenter lui-même une opération grave, il adressa l'enfant aux chirurgiens de l'hospice de l'Ecole.

La sage-femme se chargea de le porter elle-même, accompagnée du père de l'enfant ; mais avant de partir, ayant une bien mauvaise opinion de l'opération qui allait être faite, elle fit prendre à l'accouchée la tisane purgative que l'on donne pour faire passer le lait des femmes qui ne doivent pas allaiter.

M. le docteur Hippolyte Larrey, auquel l'enfant fut présenté à l'hospice de l'Ecole, après avoir constaté ce que je viens de dire et ce qui était indiqué dans une lettre de M. Damicourt, se décida à faire la ponction de la cloison rectale avec un trois-quarts ; mais il ne sortit point de méconium; une sonde d'argent de femme, introduite dans l'ouverture faite par le trois-quarts, ne produisit aucun résultat et ne donna aucun signe certain de la présence de l'autre bout du rectum; la difficulté, dans ce cas, étant très grande, et sachant que je m'étais beaucoup occupé de cette question, M. Hippolyte Larrey eut l'obligeante attention de me l'adresser.

Dès que l'enfant fut déshabillé, je pus constater qu'il était fort et bien constitué; au premier aspect il paraissait parfaitement conformé; mais après avoir exploré l'orifice inférieur du tube digestif, je reconnus promptement ce qui avait été constaté et fait par MM. Damicourt et Hippolyte Larrey, c'est-à-dire que l'anus était bien organisé, et qu'il existait un petit bout de rectum, de trois ou quatre centimètres, terminé par un cul-de-sac au fond duquel le petit doigt était arrêté. Je constatai aussi une éraillure par laquelle une sonde de femme

pénétrait aisément à une assez grande profondeur dans le bassin.

Le ventre était tendu, dur, rénitent, sonore, mais sans inégalité ni bosselures; l'enfant n'était point amaigri, et la teinte jaune n'était pas encore très-prononcée.

Pendant cet examen, l'enfant rendit un gros jet d'urine trouble d'un blanc sale; mais sans mélange de méconium, ce qui me donna aussitôt l'assurance que le rectum ne se terminait point dans la vessie.

Comme l'opération n'était pas encore urgente, n'ayant d'ailleurs personne pour m'aider, et désirant faire assister M. Hippolyte Larrey à cette opération, je la remis à 3 heures après midi.

A l'heure convenue, en présence de MM. les docteurs Olife, Parott, L. Boyer, Filhos et Le Vaillant, l'enfant étant placé sur une table garnie de linge et bien éclairée, fut tenu les pieds relevés, le siége en évidence. La sage-femme qui dans cette occasion a montré beaucoup de dévouement pour cet enfant et pour notre profession se chargea de lui tenir la tête et les mains; elle trempait souvent son petit doigt dans l'eau sucrée, et le donnait à téter à l'enfant.

Tout étant bien disposé je m'assis devant l'enfant et à droite, alors j'explorai de nouveau l'anus avec beaucoup de soin; j'introduisis d'abord une sonde de femme qui pénétra facilement à une grande profondeur sans fournir aucun résultat. M. L... Boyer et quelques-uns des assistants firent la même recherche sans plus de succès. Ayant introduit le petit doigt et ne trouvant aucune fluctuation, aucun indice de la présence du rectum plein ou vide, je me décidai à forcer l'ouverture faite par la ponction; mon petit doigt pénétra facilement dans le tissu cellulaire du bassin et je ne découvris rien qui pût me faire soupçonner que l'autre bout du rectum fut là.

L'exploration faite de la même manière par quelques-uns des assistants n'amena aucun résultat.

J'étais déjà bien incertain et inquiet sur le parti que je de-

vais prendre ; craignant aussi d'être trompé par les sensations difficiles et vagues fournies par le petit doigt, je résolus d'explorer avec l'indicateur. Malgré l'étroitesse des organes, le doigt pénétra avec assez de facilité, et quoique les sensations fournies par le doigt indicateur soient plus exactes que celles qu'on obtient avec le petit doigt, je ne découvris rien qui pût me faire soupçonner l'existence du rectum dans le bassin. Je crois bien avoir reconnu à l'extrémité du doigt des anses intestinales, molles, petites, et transversalement placées, mais je n'ai point trouvé de rectum. Toutes mes sensations étaient confuses et incertaines.

Je priai alors MM. L... Boyer, Olife, etc., et quelques autres confrères, de faire les mêmes recherches avec le doigt indicateur; mais ils ne purent me fournir aucun renseignement utile pour éclairer le diagnostic.

Ma position était fort embarrassante, et mes perplexités étaient bien partagées par les assistants qui me secondaient parfaitement. J'étais pourtant bien décidé à établir l'anus artificiel dans la région coccygienne, comme je l'ai fait déjà plusieurs fois avec succès. *D'ailleurs je professe qu'il ne faut établir l'anus artificiel à l'abdomen que lorsqu'on est dans la possibilité de faire autrement.*

Enfin, fatigué, rebuté d'avoir fait des tentatives inutiles, je dois l'avouer, ma persévérance fut mise dans cette occasion à une rude épreuve; mais vaincu par tant de difficultés, ou mieux par l'impossibilité de constater la présence du rectum dans le bassin, je communiquai mes impressions à mes confrères et amis présents.

Après que j'eus exposé mes doutes, l'inutilité et le danger de continuer les recherches, *la crainte, en persévérant dans cette voie de prendre un intestin grêle pour le gros ;* après que j'eus mûrement discuté et délibéré, à l'unanimité, les assistants partagèrent mes craintes. Alors *tout désappointé*, je me décidai à abandonner complétement cette voie, et je fis, timidement je l'avoue, la proposition d'établir un anus artificiel dans la région lombaire gauche.

L'enfant était déjà bien fatigué, il avait beaucoup souffert ; il n'avait perdu que peu de sang, il est vrai ; mais il n'y avait pas d'autre moyen pour le sauver. C'était le seul parti raisonnable, mais c'était deux opérations pour une.

Avant de passer outre, je fis connaître au père et à la sage femme ce qui avait été fait sans succès, et le résultat de notre délibération. Je leur fis comprendre que c'était le seul moyen à tenter pour sauver l'enfant. Notre résolution fut approuvée complétement, et ils donnèrent leur sentiment à tout ce que nous voulions entreprendre.

Après avoir donné un peu de répit à l'enfant, après lui avoir fait laver et nettoyer le siége, il fut placé sur le ventre, et un peu incliné à droite, c'est-à-dire que le flanc gauche était tourné en haut, le tronc enfin presque de champ. D'ailleurs, dans cette position, l'enfant était plus facile à observer et à soigner : quelques serviettes pliées furent placées sous le côté droit pour rendre le flanc gauche plus saillant. Après avoir bien exploré la région lombaire gauche, et bien pris mes dimensions, c'est-à-dire, avoir mesuré la distance de la crête de l'os des îles à la dernière fausse côte et la position de la colonne vertébrale, la résistance des parois et l'épaisseur différente des chairs dans ce petit espace, je fis une incision transversale de cinq ou six centimètres d'étendue, au milieu de l'intervalle compris entre la dernière côte et la crête de l'os des îles. Cette première division ne comprenait que la peau et le tissu cellulaire ; ensuite je divisai les muscles peu épais, et j'arrivai immédiatement sur le tissu adipeux et grenu qui caractérise l'enveloppe du rein à cet âge.

Après avoir fait reconnaître et apprécier cette enveloppe du rein par les assistants, je le divisai et le tissu même du rein fut mis à nu et parfaitement reconnu par toutes les personnes présentes. Cet organe, à cet âge, remplit tout l'espace inter-osseux lombaire. Je le mis à découvert dans une assez grande étendue. Longtemps je fus embarrassé par cet organe ; je n'osais pas le quitter cependant, car c'était mon seul guide ; mais il me masquait tout, et par contre temps, le jour ayant baissé, la lumière

naturelle étant insuffisante, je fus forcé de me servir de la lumière artificielle, c'était une difficulté de plus.

Ma première incision ne me suffisant pas, je me décidai alors à l'agrandir, je fis une incision en bas ou en T avec la première, alors je pus me faire du jour, surtout en réséquant quelques petits lambeaux de tissu cellulaire.

En repoussant le rein en arrière, je cherchai avec le doigt si je ne découvrirais pas l'intestin distendu, puis en *peignant* avec un bistouri plutôt qu'en coupant le tissu cellulaire, je vis en avant et en dehors du rein un organe violacé; le doigt ne donnait cependant aucune sensation distincte, le toucher était fort incertain.

Les assistants qui m'avaient si bien secondé pour mes recherches dans le bassin, ne purent me donner l'assurance que ce fût le colon que je cherchais; mais ils furent d'avis que ce devait être cet intestin, à cause de sa situation.

Après une longue et pénible incertitude, je me décidai alors à l'accrocher longitudinalement de haut en bas avec un ténaculum et je l'attirai à la peau, puis avec un autre ténaculum que je fis pénétrer en sens inverse, et en arrière à deux ou trois millimètres de distance du premier; l'organe étant ainsi solidement fixé et maintenu, je fis une ouverture entre les deux ténaculums avec des ciseaux. Immédiatement nous aperçûmes une boule verdâtre, c'était le méconium recouvert par une pellicule. Dès qu'elle fut détruite, des gaz et du méconium sortirent; alors j'agrandis un peu l'ouverture en haut et en bas, je pris les bords de l'ouverture avec des pinces à torsion et je les confiai à des aides. J'introduisis une sonde de femme dans l'ouverture faite à l'intestin, ce qui facilita la sortie d'une grande quantité de méconium; une injection favorisa encore la sortie des matières. Après avoir nettoyé la plaie, j'attachai le pourtour de l'ouverture de l'intestin à la peau par trois points de suture entrecoupée, en ayant soin d'attirer l'intestin en avant. Je montrai à la sage-femme à nettoyer la plaie sans la toucher avec des lotions, et surtout avec des injections faites à distance.

L'enfant était bien faible, il avait perdu assez de sang et il

était épuisé par la douleur. Je dois l'avouer franchement, après les deux opérations bien longues et très-douloureuses qu'il venait de supporter, je n'avais guère l'espoir de le conserver et cette crainte était partagée par tous les assistants. Alors je regrettais surtout le décollement inutile du bassin.

Dès que l'enfant eut été nettoyé complétement, il fut enveloppé dans des linges bien chauffés ; on entendit alors distinctement un bruit produit par des gaz et du méconium qui sortaient en abondance et plus fortement que sur un enfant bien conformé, sans doute par l'absence de sphincter et par la replétion des intestins qui se vidaient plus facilement, aidés par la compression exercée par les langes entourant le ventre. Je recommandai de tenir l'enfant très-proprement; de faire sur la plaie et autour des lotions et des injections seulement, pour éviter le frottement avec des linges, d'envelopper le ventre d'un large cataplasme, recouvrant aussi la plaie. Je recommandai aussi de changer souvent les linges de l'enfant, de continuer le sirop de chicorée, l'eau légèrement sucrée, et de donner le sein à téter à l'enfant.

Immédiatement après l'opération, lorsqu'on a rapporté l'enfant à sa mère, il était déjà plus vivace, il criait continuellement et rendait beaucoup de matières par l'anus artificiel. Il était sorti très-peu de sang. Il dévorait le sein, dit une voisine de la mère.

Dans la soirée et dans la nuit, la mère elle-même a donné à téter à l'enfant qui paraissait beaucoup plus affamé, dit-elle, qu'avant l'opération.

Le 23 janvier, lendemain de l'opération, l'enfant paraît être dans les mêmes conditions de santé que tous ceux de son âge; on ne se douterait pas qu'il a été soumis hier à de si rudes épreuves. Il tète, dort et ne crie que rarement ; le ventre est encore dur et gonflé; mais les matières sortent parfaitement par l'anus artificiel ; il n'y a point encore de rougeur autour de la plaie et il n'est point sorti de matières ni de sang par l'anus normal.

Ayant examiné la langue de l'enfant, j'ai trouvé un long fi-

let muqueux transparent qui s'étendait jusqu'à la pointe de la langue. Je l'ai coupé avec des ciseaux ; il ne s'est écoulé que peu ou point de sang. Après avoir passé le petit doigt dans la plaie pour m'assurer que ce lieu membraneux avait été suffisamment coupé, j'ai conseillé à la garde et à la mère d'en faire souvent autant pour empêcher l'adhésion des parties divisées.

Le deuxième et le troisième jour après l'opération, état très-satisfaisant, rien de particulier à noter.

Le quatrième jour, la mère est déjà levée, et l'enfant est parfaitement bien, les matières sortent librement et en abondance; la plaie est rouge au centre et grisâtre autour. Je coupe les deux anses de fil qui ne tiennent plus qu'à la peau. Je nettoie la plaie par des injections avec une seringue. Il n'est rien sorti par l'anus normal.

Les jours suivants, l'enfant continue à se bien porter ; toutes ses fonctions se font librement ; la plaie salie par les matières est toujours blafarde et grisâtre.

La section du filet a très-bien réussi, la division est restée ce qu'elle était au moment de la section, c'est-à-dire que les deux bords de la division ne se sont pas ressoudés comme cela arrive quelquefois. On peut voir sous la pointe de la langue toute l'étendue de la section ; elle est marquée par une petite ligne blanche ou cordon saillant comme un raphé.

Le 1er février, dixième jour après l'opération, l'enfant est parfaitement bien sous tous les rapports ; il a bon teint, la plaie est vermeille ; il n'est rien survenu du côté du bassin, et, chose remarquable, il n'est pas sorti une goutte de pus par l'anus normal. En examinant le ventre, qui a diminué de volume, nous observons une bosse ou saillie en avant et en dedans de la fosse iliaque gauche, à 8 ou 10 centimètres de l'anus artificiel, et nous pensons que c'est peut-être le gros intestin qui, au lieu de se prolonger dans le bassin, se termine en cet endroit par un cul-de-sac ou ampoule. La mère dit qu'il lui semble que son enfant se salit plus que les enfants de son âge.

Les jours suivants, jusqu'au quatorzième ou quinzième jour,

l'enfant était parfaitement bien, mais l'ouverture artificielle se rétrécissait vite ; j'avais chargé la garde-malade qui avait soigné plusieurs de mes opérés, de me procurer de petits bouchons de gomme élastique; mais n'en ayant pas trouvé de convenables, elle attendait qu'on en eût fabriqué, et aucun corps étranger n'avait été placé dans l'ouverture artificielle. Enfin, on vint me dire que, depuis deux jours, l'enfant était souffrant, qu'il dépérissait, tétait moins bien; en effet, je le trouvai très-amaigri, et je remarquai qu'il avait de gros boutons blancs, des espèces de pustules qui existaient surtout aux doigts et à la face. L'ouverture était très-rétrécie ; elle ne laissait sortir que la partie la plus liquide des matières; une rougeur érysipélateuse entourait l'anus artificiel.

J'aurais pu agrandir l'ouverture avec un bistouri; mais la mère de l'enfant s'y serait opposée, et de mon côté, je craignais d'arriver jusqu'au péritoine. Après avoir introduit une petite sonde, je fis quelques injections avec une seringue, le liquide seul ressortait, alors, je forçai l'ouverture avec la petite canule élastique de la seringue à lavements qui était très-serrée par l'anus et je recommandai aux parents de s'en servir souvent pour dilater l'ouverture pendant qu'on ferait des injections dans l'intestin.

N'ayant pas de bouchon élastique assez petit et ne pouvant en faire fabriquer promptement, j'en fis moi-même avec des bouts de bougie de cire gradués dont on se sert pour l'urèthre de l'homme. Après avoir coupé l'extrémité conique de la bougie dans 4 ou 5 centimètres d'étendue, j'aplatis la grosse extrémité avec un marteau afin de faire une tête et je fixai solidement un fil double au-dessous.

Après avoir fait plusieurs injections et délayé les matières, je plaçai un de mes petits bouchons de cire dans l'anus artificiel et je le maintins par une compresse et un petit bandage de corps. L'enfant a tété immédiatement après ; mais la mère me fait remarquer que sa respiration est plus courte.

Le père seul s'est chargé de continuer la dilatation avec les petits bouchons de cire graduées, et il est convenu d'en faire

faire en bois et en tissu élastique comme les sondes pour l'urètre.

Le lendemain, l'enfant est beaucoup mieux; mais les bouchons sont chassés malgré les compresses et les bandages; un bandage de corps lacé contient bien le bouchon.

Le 9 février, l'enfant est tout-à-fait bien; il tète fortement et presque toujours ; il est très-amaigri, mais il a, du reste, une bonne apparence. Les gros boutons blancs ont presque complétement disparu ; il n'a plus que des petits boutons rouges à la face; l'anus normal est beaucoup moins rouge et il ne sort rien par cette ouverture. L'anus artificiel est bien dilaté; il est oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans ; les matières sortent maintenant avec assez de facilité; elles sont tantôt jaunes, tantôt vertes, l'enfant paraît avoir quelques coliques; le pourtour de l'anus artificiel est beaucoup moins rouge; il n'est pas érysipélateux. Le ventre est moins dur et moins gros et presque dans l'état ordinaire ; à gauche, devant la fosse iliaque, on voit toujours une bosse qui se dessine davantage comme une petite orange qui soulèverait la peau. Cette saillie est probablement formée par la fin du gros intestin.

Le 12 février, M. Breschet, chargé par l'Institut de faire un rapport sur mon travail, a bien voulu venir voir cet enfant ; il l'a trouvé dans l'état le plus satisfaisant. Après que M. Breschet eut constaté ce qui pouvait l'intéresser relativement à l'anus artificiel, je lui fis remarquer la saillie de la fosse iliaque gauche; il pensa aussi qu'elle était probablement formée par la fin du gros intestin. La mère se plaint beaucoup de ce que son enfant crie continuellement, et qu'il ne lui laisse prendre aucun repos ni le jour ni la nuit. Il est probable que c'est l'élargissement de l'anus artificiel par les bougies qui fait crier davantage cet enfant que ceux de son âge, car dès qu'on les ôte, il se tait et prend le sein avec avidité.

Le 14 février, l'enfant est fort engraissé ; il a tout-à-fait repris sa vigueur et sa santé; la mère dit qu'il est très-fort et qu'il se lève sur ses pieds comme s'il avait six mois; elle se plaint toujours

qu'il crie beaucoup, et elle ajoute qu'il devient calme aussitôt qu'on lui ôte momentanément le bouchon.

Les bougies coniques de cire font beaucoup moins de mal que les bougies renflées à ventre ; on ne se sert pas de ces dernières, parce qu'elles sont trop dures.

Le ventre est souple; il n'y a plus d'inflammation érysipélateuse autour de l'anus artificiel, ni de rougeur autour de l'anus normal.

Le 8 mars, je fus prévenu que l'anus artificiel était de nouveau fort rétréci et que l'enfant ne rendait plus que des matières liquides.

Le 9 mars, assisté de MM. L. Boyer et Le Vaillant, nous trouvâmes l'enfant dans un état très-inquiétant, comme la première fois, c'est-à-dire le 7 février, quatorze jours auparavant. Le ventre était gros et dur ; l'anus artificiel était complètement resserré, aucun bouchon ne pouvait pénétrer, pas même la petite canule élastique qui servait à faire des injections. Le plus petit bouchon de cire ne pénétrait que fort difficilement. Le liquide injecté ne sortait qu'en partie avec des gaz et sans matières, malgré les efforts de l'enfant.

Avec un cure-oreille bien mousse, je franchis l'obstacle difficilement et je cherchai à broyer les matières; j'en ramenai quelques parcelles, et nous vîmes qu'elles étaient anciennes. Malgré les injections il ne sortait rien; alors j'introduisis une sonde d'argent avec assez de difficultés, et je broyai les matières. Des efforts de défécation firent sortir des matières épaisses à la filière par un jet continu long comme le petit doigt et gros comme une plume à écrire.

M. L. Boyer et Le Vaillant constatèrent toutes les difficultés que je viens de signaler. Après avoir discuté et délibéré sur le parti à prendre, en réfléchissant à ces nouvelles difficultés, plus grandes encore que celles qui existaient la première fois, je me fis représenter le bouchon dont on s'était servi jusqu'alors. En l'introduisant autant que possible, et en l'examinant, je vis qu'il était affaissé, trop court et qu'il ne dilatait que la moitié du trajet. Je compris alors pourquoi la fistule stercorale s'était si fort

rétrécie en dedans. En effet, l'anus artificiel, au lieu de ne former qu'un trou, représentait une longue ouverture oblique, une espèce de canal dirigé obliquement de dehors en dedans et d'arrière en avant, de sorte que l'extrémité interne était rétrécie et formait une espèce de soupape comme les uretères à leur embouchure dans la vessie. Voilà ce qui explique pourquoi on éprouvait tant de difficultés à faire pénétrer les instruments; en plaçant un nouveau bouchon qui a un peu plus de 3 centimètres de longueur, et qui doit remplacer celui qui a causé le rétrécissement, on sent qu'il faut vaincre une résistance et franchir une espèce de soupape pour le faire pénétrer complètement dans l'intestin.

Sans doute, après avoir bien compris et étudié la cause de cette disposition, j'aurais pu facilement lever l'obstacle avec un bistouri boutonné; mais craignant de blesser le collet du péritoine autour de l'ouverture interne, et de produire un épanchement mortel, je préférai employer des moyens plus lents, mais moins dangereux.

J'introduisis alors une sonde d'argent et je la fis basculer en avant, afin de détruire l'obliquité du canal et d'agrandir le trou intérieur; cette manœuvre me réussit très-bien, et je montrai aux parents à se servir de la même manière du manche d'une plume de métal, espèce de petit bâtonnet gros comme un crayon et dont le bout était bien arrondi. Après avoir réséqué, avec des ciseaux, en avant et à l'angle interne de l'anus artificiel, un bourrelet, une espèce de bourgeon charnu, dur et calleux, de la nature de ceux que l'on voit quelquefois autour des cautères, je plaçai profondément, dans tout le trajet, une petite éponge préparée, attachée solidement par un fil, et je recommandai au père de l'enfant de ne l'enlever que deux ou trois heures après, de broyer les matières avec le petit bâtonnet, et de faciliter leur sortie par des injections, de placer enfin un long bouchon de cire et de le maintenir solidement en place.

Le 10, l'enfant était bien mieux; l'éponge avait opéré une dilatation suffisante, et tout ce que nous avons fait a bien réussi,

l'enfant a évacué toute la soirée et dans la nuit. Le nouveau bouchon entre mieux qu'hier; le trajet est formé.

J'ai introduit le petit bâtonnet pour détruire l'espèce de valvule en forme de soupape. J'ai essayé de dilater le trajet avec un petit *spéculum ori* ; mais ce moyen n'a pas répondu à mon attente.

Les jours suivants, l'état de l'enfant continua à s'améliorer.

Le 16 mars, M. Filhos, qui ne l'a pas vu depuis le jour de l'opération, trouve qu'il est parfaitement bien, qu'il a engraissé et qu'il est aussi développé que le sont les enfants de son âge. L'anus artificiel est bien dilaté par les nouveaux bouchons de cire gradués, l'excision antérieure du bourrelet a bien réussi.

Le 18, l'enfant prospère ; il vient très-bien, dit la mère, il engraisse, il a un bon visage, les yeux sont plus expressifs. Le père a imaginé de faire un bouchon avec le bout d'une canule élastique; la mère et la voisine disent qu'avec ce bouchon creux, ils seront plus tranquilles parce que les gaz et les matières pourront sortir la nuit et sans qu'il soit nécessaire de le démailloter.

Le 22 mars, M. le baron Larrey et M. Hippolyte Larrey sont venus avec moi visiter l'enfant; ils l'ont trouvé dans l'état le plus satisfaisant. Après l'avoir fait démailloter, ces savants et honorés confrères ont d'abord examiné l'anus artificiel qui est maintenant bien dilaté et moins oblique. Ensuite, j'ai attiré leur attention sur la saillie de la fosse iliaque : M. Larrey fils m'a prié de sonder l'anus artificiel avec une longue tige et de voir si on peut pénétrer jusqu'à cette saillie de la fosse iliaque. Effectivement nous avons reconnu, à travers les parois amincies de l'abdomen, que la sonde était dans l'ampoule ou dans la saillie. Alors, m'a-t-il dit, ne pourrait-on pas essayer de repousser le cul-de-sac vers le bassin? M. Larrey père pensa que le bout d'intestin qui est au-dessous de l'anus artificiel ne se vide que difficilement, et qu'on pourrait avec avantage refaire l'anus artificiel dans ce point et faire fermer celui qui est établi.

A cette époque, l'enfant est âgé de deux mois ; son état est

aussi satisfaisant que possible ; il est aussi bien développé que tous ceux de son âge, il est frais et gras, il est plein de vie.

Cependant la mère dit qu'il dort peu, qu'il crie beaucoup et qu'elle est toujours forcée de lui donner le sein pour lui faire supporter son bouchon; enfin elle croit que malgré la dilatation il souffre pour rendre les matières.

Un bouchon de cire ou une canule de gomme élastique est maintenu presque à demeure par une compresse et un petit bandage de corps lacé en avant ; on n'ôte le bouchon que quelques heures pendant la nuit pour donner un peu de répit à l'enfant.

En résumé, la vie de cet enfant qui a maintenant plus d'un an, nous paraît assurée tant que l'ouverture artificielle sera tenue bien dilatée et suffisamment ouverte ; enfin tant qu'on évitera soigneusement la rétention trop prolongée des matières fécales, il n'y aura plus rien à craindre de ce côté, car l'enfant étant bien constitué du reste, il n'y a point, comme chez la plupart des adultes sur lesquels on a fait cette opération, de maladie organique qui doive nous inquiéter.

RÉFLEXIONS.

Jetons un coup d'œil pratique sur les points principaux de ce fait important pour fixer davantage l'attention des opérateurs.

Remarquons d'abord que le vice de conformation était simple et facile à constater ; il existait un petit bout de rectum obturé à un pouce au-dessus de l'anus ; il était parfaitement bien conformé ; rien ne prouvait que l'autre portion de la fin du gros intestin ne fût pas au-dessus et simplement étranglée par une cloison, comme cela a lieu le plus ordinairement.

Le ventre était dur, volumineux et égal; l'urine était trouble, mais elle ne contenait point de méconium, ce qui indiquait que le rectum ne s'ouvrait pas dans la vessie.

La bonne conformation de l'anus normal et la fin du rectum m'avaient fait supposer que l'autre bout du rectum n'était séparé de l'inférieur que par une cloison, et qu'après l'avoir

constaté, je pourrais établir l'anus artificiel dans la région coccygienne; mais après avoir exploré avec une sonde de femme introduite profondément à travers l'ouverture faite par le trois-quarts, après avoir forcé le passage avec le petit doigt et même avec le doigt indicateur, de longues et difficiles recherches me firent reconnaître que mes tentatives étaient inutiles, et je fus forcé, à mon grand regret, de renoncer à établir l'anus artificiel en bas. Sans doute, il existait un grand décollement, de grands dégâts, mais sur un tout petit bassin, et il n'y avait point d'épanchement de liquide corrosif à redouter; l'hémorrhagie seule était à craindre; mais on sait qu'elle a rarement lieu dans les plaies par déchirures.

En pareil cas, j'agirais, je crois, encore de même pour aller à la recherche de l'intestin, ou mieux, je me contenterais d'explorer et de constater seulement par le toucher et la dilatation si la fin du gros intestin distendu par du méconium, se trouve bien dans le bassin.

Relativement à l'opération dans la région lombaire gauche, comme on le voit par les détails de l'observation, elle a été fort laborieuse; on le comprendra facilement en pensant que j'étais forcé d'agir dans un étroit espace rempli par le rein; d'ailleurs, j'étais fort préoccupé par la crainte d'ouvrir le péritoine. Ajoutons à toutes ces difficultés, que j'opérais à la lumière artificielle.

Il importe de faire remarquer qu'une seconde incision faisant un T avec la première et la répulsion du rein en arrière, ont beaucoup favorisé mes recherches. Alors en réfléchissant à la position du colon et en examinant avec soin tout ce qui se présentait à ma vue, en avant et en dehors du rein, j'ai aperçu quelque chose de violet que j'ai pensé devoir être le colon. Peut-être cette couleur est-elle due à l'abondance du sang à cet âge; à la lumière naturelle, cette couleur sera peut-être plus reconnaissable que sur l'adulte. Après l'avoir piqué longitudinalement avec deux ténaculums, je l'ai attiré en avant et je l'ai ouvert ensuite entre les deux ténaculums avec des ciseaux.

Des gaz et du meconium nous ont avertis que nous étions tombés juste sur le colon, entre les deux replis du péritoine.

Le reste de l'opération a été simple et facile, rien de particulier à noter que la ténuité des organes, ce qui exige encore plus de soins et d'attention que sur l'adulte.

En résumé, l'opération a été fort longue et fort pénible pour l'enfant, pour l'opérateur et même pour les assistants. Mais il ne faut pas oublier que c'était la première fois que je pratiquais une pareille opération dans un cas très-embarrassant; c'était la première fois que je parcourais une route si difficile où tous ceux qui m'ont précédé avaient échoué; aussi était-il généralement établi qu'il fallait renoncer à l'opération chez les enfants.

Malgré mes succès sur l'adulte et mes études d'anatomie chirurgicale sur les enfants, j'étais fort préoccupé par la crainte d'ouvrir le péritoine, et, je dois l'avouer, mon attention et ma persévérance ont été mises à une rude épreuve.

Les suites immédiates ont été beaucoup plus simples que nous ne l'avions supposé après deux opérations aussi graves.

Le 3e jour, ne recevant pas de nouvelles comme on me l'avait promis, je fus très-inquiet, parce que à cet âge, après une aussi grave opération, je savais qu'une péritonite emporte *très promptement* les enfants, avant qu'il y ait un travail morbide de la membrane du péritoine comme chez l'adulte.

Un fait digne de remarque, c'est qu'il n'est rien arrivé de fâcheux du côté du bassin, après les recherches persévérantes et le décollement qui a été opéré pour trouver la fin du gros intestin; aucun accident n'est survenu, point de suppuration, aucun phénomène appréciable enfin, et comme si on n'eût fait aucune tentative dans cette région.

Du côté de l'opération, c'est-à-dire au flanc, tout s'est aussi parfaitement bien passé; le travail inflammatoire a été très simple, et tout-à fait régulier et borné à la plaie; il n'y a pas eu le moindre signe de péritonite.

Au bout de quelques jours, les fils ont coupé les tissus, la plaie béante et grisâtre s'est promptement nettoyée, des bour-

geons charnus se sont formés, et le travail de cicatrisation a marché régulièrement.

Ce fait prouve qu'à un âge aussi tendre il y a déjà une résistance vitale fort extraordinaire. Je doute qu'un adulte eût aussi bien supporté deux opérations semblables, et qu'il s'en fût aussi bien tiré; la nature n'aurait peut-être pas réparé tant de dégâts.

Comme on le voit par les détails de l'observation, le 7 février, 10 ou 15 premiers jours après l'opération se sont parfaitement passés; il n'y a eu rien de remarquable jusqu'au moment où l'ouverture artificielle s'est resserrée. Alors la rétention trop prolongée des matières a donné lieu à des phénomènes de résorption indiqués par de gros boutons blancs sur la peau ou espèces de pustules.

Je n'étais pas assez en garde contre le rétrécissement rapide de l'anus artificiel; j'avais trop compté sur la nature.

Il est vrai que, chez l'adulte, je n'avais pas été pris de même au dépourvu; pour ma justification, je dois dire que le resserrement se fait beaucoup plus vite chez l'enfant que chez l'adulte; en outre, l'enfant ne peut donner aucun avertissement. J'ai donc été surpris, je l'avoue; je n'avais pas pris assez de précautions; je n'étais pas préparé; j'avais aussi compté sur les assistants, et dans les cas insolites, le chirurgien ne doit se fier à personne; il doit voir par lui-même, tout prévoir et tout préparer. Heureusement encore je suis arrivé à temps; j'ai pu suppléer à ce qui me manquait et j'ai fait ce que j'aurais dû préparer et essayer d'avance moi-même. La petite canule élastique destinée aux injections et des bouts de bougies de cire pour l'urètre de l'homme, en forme de clous attachés à un fil, m'ont parfaitement réussi.

Malgré toute ma sollicitude pour cet enfant et toute ma surveillance, un mois après le premier avertissement donné par ce rétrécissement subit de l'anus artificiel, le même accident s'est reproduit, et cependant le bouchon, ou la petite bougie de cire en forme de clou, était introduite avec beaucoup de constance; mais j'ai découvert l'erreur en me faisant montrer le bouchon

qui s'était *affaissé et raccourci* par l'usure ; il ne pouvait dilater que la moitié du trajet qui était oblique d'arrière en avant. Je compris alors pourquoi la fistule stercorale s'était si fortement rétrécie en dedans ; l'orifice interne était oblique comme celui des uretères dans la vessie. J'aurais pu facilement vaincre cet obstacle en le débridant avec un bistouri boutonné ; mais la crainte d'ouvrir le collet du péritoine autour de l'ouverture de l'intestin, m'a fait préférer la dilatation graduée, et je conseille de faire de même en pareille occasion, car si on se fût pressé d'agir avec le bistouri, on aurait pu compromettre la vie de l'enfant, puisque la moindre ouverture au collet du péritoine aurait pu donner lieu à un épanchement mortel. Ainsi donc, encore une fois, cet enfant a échappé heureusement à un grand danger ; il était bien temps d'agir, quoiqu'il n'y eût pas de pustules ni de phénomènes de résorption comme la première fois ; les difficultés de dilatation, à cause de l'obliquité du trajet, étaient plus grandes, il y avait plus d'obstacles à surmonter.

Depuis ce dernier accident, les parents de l'enfant ayant bien compris qu'il fallait, à tout prix, empêcher le retour de pareils accidents, ont employé convenablement tous les moyens de dilatation, les injections, le broiement des matières pour faciliter leur sortie quand elles sont trop dures.

L'enfant a maintenant plus d'un an, et il est aussi bien que possible.

Tout nous fait donc espérer maintenant que cet enfant, qui n'a qu'un simple défaut de conformation, vivra comme les autres enfants, comme celui de Duret et quelques autres qui vivent encore ; il ne sera plus soumis qu'aux mêmes chances d'existence.

Peut-être son infirmité le fera-t-il surveiller davantage, et pourrons nous dire, comme l'a si bien soutenu M. Fouquier dans sa thèse, qu'il peut y avoir quelques avantages attachés à une constitution faible ou à une infirmité.

Et cette infirmité ne sera pas aussi grande qu'on le croit généralement, puisqu'il ne rendra point involontairement les ma-

tières fécales. Déjà la constipation prédomine, comme sur tous mes opérés adultes.

Peut-on espérer d'améliorer la position de cet enfant? J'en doute beaucoup.

L'ampoule ou espèce de hernie qui est probablement formée par la fin de l'intestin, ne s'est prononcée que par l'affaissement du ventre et par les cris et les efforts de l'enfant pour chasser les bouchons et les matières; un bandage bien serré et trop étroit a, je crois, favorisé ce phénomène.

Voyons cependant si on ne pourrait pas tenter quelque opération nouvelle, rétablir la voie normale, comme l'a proposé M. Hippolyte Larrey, ou établir l'anus artificiel sur l'ampoule, comme l'a proposé M. le baron Larrey.

Sans m'arrêter à la possibilité d'exécuter ces deux opérations et à discuter les perfectionnements dont elle seraient peut-être susceptibles, je crois qu'il est plus prudent de ne rien tenter, afin de ne pas compromettre la vie de l'enfant. Il faut seulement s'opposer au plus grand développement de l'ampoule, et surtout au rétrécissement de l'anus artificiel.

En résumé, ce fait est surtout remarquable sous le double rapport des difficultés de l'opération et des difficultés de maintenir dilatée l'ouverture artificielle.

D'après les notions fournies par ce fait, voyons ce qu'il convient de faire et ce qu'il faut éviter. D'abord, dans un cas tout pareil ou tout-à-fait analogue, je ferais ce que j'ai fait par en bas, ou mieux, après avoir introduit une sonde et le petit doigt, si je ne trouvais pas de fluctuation distincte, indiquant le bout supérieur de l'intestin, je dilaterais le bout inférieur avec une éponge préparée, pour donner le temps au méconium de distendre la fin du gros intestin et pour mieux explorer, et si l'exploration simple, sans déchirure, ne faisait rien découvrir, j'aurais recours immédiatement à l'opération dans la région lombaire gauche.

Mais, si je trouvais le rectum distendu par du méconium, comme cela se rencontre le plus ordinairement, au lieu de perforer la cloison, comme on se contente de le faire habituelle-

ment, je pratiquerais une incision sur le côté du coccyx en arrière, et j'amènerais le rectum à la peau pour l'y fixer par plusieurs points de suture, après l'avoir ouvert, afin d'établir un anus artificiel dans cette région, comme on le fait à l'abdomen.

Ordinairement, on se contente de faire une ponction avec un trois-quarts et on agrandit l'ouverture ; mais, presque toujours, les enfants meurent. Presque tous ceux que j'ai vu opérer ou dont j'ai entendu parler ont eu le même sort. La mort arrive, dans ces cas, par suite d'un épanchement de matières dans le tissu cellulaire du bassin et parce qu'il est fort difficile d'entretenir l'ouverture artificielle suffisamment dilatée. L'anus est un premier obstacle qui s'oppose à ce qu'on ne puisse surveiller convenablement l'ouverture artificielle.

Pour l'opération dans la région lombaire, je ferais tout d'abord une incision transversale pour favoriser les recherches, et dès que j'aurais rencontré le rein, le refoulant un peu, je disséquerais avec soin, sûrement en avant et en dehors, pour trouver le colon.

Dès que je serais arrivé sur cet intestin, je le saisirais avec deux ténaculum, je ferais une ponction avec un petit trois-quarts ou mieux avec un bistouri et, enfin, je continuerais l'opération comme je l'ai indiqué.

Avant tout, il faut éviter de se presser, méditer en opérant, quand on suit une route inconnue. Pour en bas, il faut éviter de décoller si on ne sent pas de fluctuation, s'abstenir même dans ce cas, car lorsque la fluctuation est distincte même, il vaut mieux opérer en arrière, sur les côtés du coccyx. Par en haut, il faut éviter de se diriger trop en avant et en arrière. Dès que le rein est reconnu, il faut éviter de le blesser ; mais c'est surtout le péritoine qu'il faut éviter avec une grande attention.

Cette observation est très-longue sans doute. J'aurais pu l'abréger beaucoup ; mais comme c'est la première de cette espèce, j'ai pensé être utile aux chirurgiens en ne laissant rien ignorer de ce que je crois pouvoir les intéresser, afin de les aider à surmonter les difficultés que j'ai vaincues péniblement.

Obs. II. — *Imperforation du rectum à 4 ou 5 centimètres de l'anus qui était bien conformé : hypospadias chez un enfant nouveau-né, du sexe masculin ; Établissement d'un anus artificiel dans la région lombaire gauche, en ouvrant le colon descendant sans intéresser le péritoine ; mort 8 jours après l'opération.*

Le lundi 24 mai 1842, on m'apporta un enfant du sexe masculin, né le samedi 22, à minuit. Depuis sa naissance il n'avait pas rendu de méconium et il avait vomi presque continuellement. J'examinai la région coccygienne, et je vis que l'anus était bien conformé ; mais en introduisant mon petit doigt, je fus arrêté à 4 ou 5 centimètres de hauteur, et au fond de ce cul-de-sac, je ne pus percevoir la fluctuation indiquant que le rectum distendu par du méconium se terminait au-dessus de la cloison. Le ventre n'était pas très-distendu. L'urine était claire ; à l'extrémité du gland tout à fait à découvert, on voyait un petit pertuis, un cul-de-sac, dans le point où le méat aurait dû exister ; l'urine s'écoulait par une ouverture assez petite placée au-dessous du gland : il y avait donc chez cet enfant un hypospadias, en même temps qu'une imperforation du rectum.

Désirant m'assurer d'une manière plus positive, que l'extrémité de l'intestin ne se terminait pas immédiatement au-dessus de la cloison que je pouvais atteindre assez difficilement avec mon petit doigt introduit par l'ouverture anale, je proposai de placer une éponge préparée dans l'anus, afin de pouvoir ensuite explorer plus facilement. D'ailleurs, l'enfant était très fort, très-vivace, et je ne voyais aucun inconvénient à différer jusqu'au lendemain à pratiquer une opération.

Le lendemain 25 mai, l'enfant me fut apporté de nouveau ; il avait continué à vomir des matières verdâtres et de l'eau sucrée qu'on lui avait fait avaler ; le ventre était très-distendu, et ballonné ; l'urine avait continué à s'échapper librement par l'ouverture située au-dessous du gland. Il était donc urgent de prendre un parti quelconque.

Je renouvelai les explorations faites la veille et je restai dans les mêmes convictions, c'est-à-dire que l'extrémité du rectum ne se terminait pas au-dessus de la cloison. Il était impossible de percevoir de fluctuation.

Après avoir déliberé avec les personnes présentes, et qui s'étaient livrées aux mêmes recherches, je n'hésitai pas à proposer l'opération dans la région lombaire gauche, de préférence à celle que j'aurais pu pratiquer dans la région coccygienne; et en tenant compte de toutes les raisons que je fis valoir en faveur de mon opinion, il fut décidé à l'unanimité qu'il fallait ouvrir le colon descendant dans la région lombaire gauche, et ne rien tenter par la région coccygienne.

Alors je procédai à cette opération en présence de MM. Chalus, médecin à St.-Maur, qui avait reçu l'enfant, Capuron, Baum de Dantzick, Eydoux, Genouville, Dupré Latour, Parnot, Marinier, Dufresse, Denouette, Porinet, L. Boyer, Filhos, Le Vaillant, etc.

L'enfant ayant été placé sur le côté droit, la tête appuyée sur un coussin, je commençai par m'assurer de la position de la dernière côte, de la crête iliaque, et de la masse des muscles sacro-lombaire et long dorsal, puis je marquai avec des traits à l'encre, les limites de la région dans laquelle je devais opérer. Enfin, je pratiquai une incision transversale de cinq ou six centimètres d'étendue, à partir de la masse commune des muscles sacro-lombaire et long dorsal. Cette incision s'étendit promptement aux muscles que je fus obligé de couper crucialement ainsi que la peau. Une artère assez forte fut tordue; je disséquai les lambeaux de l'aponévrose du transverse, et j'arrivai sur le tissu adipeux du rein; je réséquai en arrière ce tissu, et alors je commençai à apercevoir le rein qui venait d'être mis à découvert au moins dans une partie de son étendue, en arrière et en haut; puis je vis en dehors et en haut un organe de couleur brunâtre qui me parut être l'intestin; l'ayant accroché avec deux ténaculum, je le coupai entre les deux instruments; mais je n'aperçus pas de cavité; c'était un organe solide comme la rate ou la capsule surrénale. Je ne pouvais pas avoir atteint

la rate, puisqu'elle se trouve dans le péritoine, et que cette membrane séreuse n'avait pas été ouverte; je m'arrêtai donc à l'idée que c'était la capsule surrénale très-développée et se prolongeant en dehors du rein, qui avait été intéressée. Alors, j'ai cherché plus bas l'intestin, en repoussant le rein en haut, et surtout en arrière, et bientôt après avoir agrandi les incisions musculaires, écarté le rein, la capsule surrénale et l'angle antérieur du rein; après avoir fait éponger avec soin le fond de la plaie, j'aperçus un organe verdâtre; par sa couleur, par sa position, par sa forme et par la sensation de fluctuation qu'on percevait en le touchant avec le doigt, je pensai, ainsi que quelques-uns des assistants, que c'était le colon descendant, distendu par du méconium. Un dessin de la région lombaire que j'avais sous les yeux me fit persister dans cette opinion, en me montrant le rapport exact des parties.

Examinant ensuite avec une attention soutenue l'intestin qui se présentait, j'eus presque la certitude que c'était le côlon lombaire gauche dépourvu du péritoine; alors, j'implantai deux ténaculum dans les parois de l'intestin, à une distance l'une de l'autre de quatre millimètres environ, et entre les deux instruments tenus solidement, je coupai avec des ciseaux les tuniques intestinales. Aussitôt, des gaz s'échappèrent avec bruit par un sifflement prolongé et ayant une odeur caractéristique, puis du méconium sortit par un jet continu. A la grande satisfaction de tout le monde, le résultat de l'opération venait donc d'être atteint. L'enfant parut soulagé par la sortie des gaz et des matières; car on remarqua qu'il criait beaucoup moins. Après avoir agrandi l'ouverture de l'intestin, j'ai introduit une sonde de femme qui a pénétré profondément dans la direction de l'S illiaque, puis, pour tenir l'ouverture béante, j'ai placé sur ses bords trois pinces à torsion. Enfin, après avoir pratiqué quelques injections d'eau tiède dans l'intestin pour délayer le méconium, et favoriser sa sortie, j'ai fixé les bords de l'intestin à l'angle antérieur de la plaie par cinq points de suture entrecoupés. Déjà, par l'évacuation facile du méconium, le ventre a diminué; l'enfant, que l'on vient de nettoyer et de réchauffer en le pla-

cant auprès du feu, est calme et boit avec avidité de l'eau sucrée.

Le lendemain, j'ai reçu des nouvelles très-satisfaisantes de l'enfant; le ventre est souple, insensible à la pression; il boit facilement et rien n'indique chez lui un état de souffrance. Le méconium continue à sortir librement par l'ouverture artificielle.

Le 27 mai, j'ai vu moi-même l'enfant avec M. le docteur Chalus, médecin à Saint-Maur. Le ventre est complétement revenu à son état normal; la plaie est béante et blafarde; au fond on aperçoit l'intestin qui est rétracté; mais bien fixé en avant par un travail agglutinatif assez avancé pour que je puisse enlever les fils qui ne tiennent plus qu'à la peau; l'inflammation de la bouche, qui m'avait donné des inquiétudes, semble diminuer.

A la chute des sutures, le rein est venu faire hernie dans la plaie. L'enfant est mort sept ou huit jours après l'opération.

Autopsie faite le 2 juin 1842, à six heures et demie du matin, à Saint-Maur, en présence de MM. Filhos et Chalus.

Le ventre présente des vergetures, et les environs de la plaie sont un peu verdâtres.

La plèvre gauche contient une ou deux cuillerées de liquide sanguinolent et poisseux. Le poumon de ce côté est hépatisé dans les deux tiers inférieurs de son étendue.

L'estomac est distendu par des gaz et par des liquides; il contient en outre, des boulettes verdâtres formées par du lait caillé. La muqueuse paraît saine.

Le cœcum est placé sous l'estomac; il se continue avec le colon transverse, sans ligne de démarcation bien tranchée, après avoir reçu, comme de coutume, la fin de l'intestin grêle. L'appendice vermiculaire longe la partie supérieure du colon transverse. Par suite de cette disposition du cœcum, il n'existe point de colon ascendant, de sorte que la région lombaire droite est occupée par les intestins grêles seulement. A gauche, le colon lombaire fait suite au colon transverse, et il a conservé sa position et ses rapports ordinaires; mais après un trajet de cinq ou six centimètres environ, il se termine à angle presque droit; l'S iliaque, qui lui fait suite, se porte pres-

que transversalement à droite, pour revenir à gauche, en décrivant ainsi une anse dont les extrémités sont dirigées vers la région lombaire iliaque gauche. Les deux portions intestinales ainsi repliées et formant l'S iliaque sont accolées et adhérentes ensemble dans une grande partie de leur étendue. Enfin, l'extrémité inférieure de l'anse, se continue avec le rectum, qui a conservé tous ses rapports normaux, et qui vient se terminer à une très-petite distance de la cloison, qui empêchait le passage des matières par l'anus. Ajoutons que le rectum est très-dilaté, à partir de l'S iliaque et dans la plus grande partie de son étendue, mais que, à une petite distance de la cloison, qui le sépare de sa portion anale, il devient conique, et occupe un très-petit espace. Cette disposition explique suffisamment l'absence de fluctuation, lorsqu'on explorait pendant la vie avec le doigt indicateur introduit aussi profondément que possible dans l'anus. En effet, la portion dilatée du rectum n'arrivant pas jusqu'à la cloison, on n'atteignait que l'extrémité conique de l'intestin dans laquelle il n'existait pas de matières pouvant donner lieu à une fluctuation manifeste.

La cloison qui divise le rectum en deux portions est assez épaisse et résistante ; elle est située à quatre ou cinq centimètres de l'anus.

Des adhérences existent entre la peau et la portion du colon lombaire gauche qui a été ouverte. Cette portion intestinale est complétement dépourvue de péritoine. Un éperon assez marqué existe dans le point où la continuité du canal a été interrompue par la formation de l'anus artificiel.

Le péritoine ne contient pas de sérosité ni de fausses membranes indiquant qu'il eût été le siége d'une inflammation.

Obs. III. — *Imperforation de l'anus chez un enfant nouveau-né du sexe masculin; tentatives infructueuses pour arriver au rectum par la région anale; établissement d'un anus artificiel dans la région lombaire gauche sans ouvrir le péritoine* (1).

Le 26 janvier 1843, M. le docteur Berthier m'adressa un enfant du sexe masculin, né de la veille, et qui n'avait pas rendu de méconium. La sage-femme s'était aperçue qu'il présentait une imperforation de l'anus; mais convaincue qu'il ne pouvait survivre au-delà de 24 ou 48 heures, et qu'il n'y avait aucune opération à pratiquer, elle ne s'en était pas du tout occupée. Bien plus, elle avait recommandé à la mère de ne pas lui donner à téter, afin d'éviter la sécrétion laiteuse, qui devait, d'après ses idées, devenir promptement inutile.

L'enfant avait uriné, et la verge et les bourses étaient bien conformées.

En examinant les régions anale, périnéale et coccygienne, nous avons constaté ce qui suit : 1° Il n'existe pas d'ouverture anale; 2° le raphé se continue depuis le scrotum jusqu'au sacrum sans autre interruption qu'une dépression dans le point où l'anus aurait dû s'ouvrir, et une cicatrice adhérente au sacrum, au niveau de la partie inférieure et postérieure de cet os; 3° l'espace compris entre le coccyx dont la courbure est très-peu prononcée et les pubis, est très-étroit; 4° il n'existe aucune espèce de fluctuation dans les régions que nous avons indiquées; 5° lorsque l'enfant crie, s'agite et fait des efforts comme pour rendre des matières, on perçoit avec les doigts appliqués sur la région anale, une sorte de contraction indiquant probablement la présence de quelques fibres du sphincter et du releveur de l'anus.

Sans doute une opération était parfaitement indiquée, et on

(1) Cette opération a été pratiquée depuis la lecture de mon mémoire à l'Institut.

était autorisé à la pratiquer de suite; mais considérant d'une part, l'absence de fluctuation à la région anale, et d'autre part, l'état de l'enfant qui était fort et plein de vie, on crut pouvoir attendre sans inconvénient jusqu'au lendemain, afin de voir si la partie inférieure du gros intestin, distendue de plus en plus par le méconium, ne viendrait pas faire saillie à la région anale. On sait, en effet, que dans quelques cas, les efforts d'expulsion et la réplétion du bout supérieur de l'intestin imperforé, ont permis au bout de quelques jours, de percevoir une fluctuation qu'il avait été impossible de constater à une époque plus rapprochée de la naissance, alors que le méconium ne s'était pas encore accumulé dans la dernière portion du gros intestin.

Le lendemain, l'enfant nous fut ramené. Son état s'était aggravé, il avait vomi et crié sans cesse : sa peau était violacée, le ventre très-distendu, et l'hypogastre, la verge et les bourses étaient le siége d'une infiltration séreuse que, déjà, nous avons remarquée dans des circonstances semblables, et qui, avec la couleur violacée de la peau, doit nécessairement survenir à une certaine époque, comme conséquence de la gêne apportée à la circulation veineuse, par la distension des intestins.

L'examen attentif de la région anale que nous fîmes, ainsi que MM. Berthier Oliffe frères, Duponchel, L. Boyer, Delarue, Duplan, Schuster, Grabowski, Leguillou, Silvestre Du Perron, Robert, Maingault, Alphonse Amussat, Le Vaillant, etc., ne nous donna aucun indice de fluctuation, et nous restâmes, par conséquent, dans les mêmes incertitudes que celles de la veille. Néanmoins, comme cette absence de fluctuation n'indiquait pas d'une manière absolue, que le gros intestin se terminait très-haut dans le bassin et qu'il aurait bien pu se faire qu'il se terminât en cul-de-sac ou en se rétrécissant, à deux, trois centimètres de la région anale, plus ou moins, il sembla qu'avant d'en venir à pratiquer un anus artificiel dans la région lombaire gauche, la prudence, les règles de la chirurgie prescrivaient de faire toutes les tentatives possibles, par la région anale, pour établir un anus artificiel dans le lieu d'élection. Je fis donc une

incision profonde avec un bistouri sur le raphé en allant jusqu'au-delà du coccyx. J'isolai ensuite la pointe du coccyx pour la réséquer dans le cas où cela eût été utile ; puis je coupai en travers les brides fibreuses qui venaient d'être mises à découvert. Mais ne sentant aucune fluctuation, indiquant la présence du bout inférieur du rectum, je délibérai avec les assistants, et il fut décidé que, puisque l'incision qui venait d'être faite à une assez grande profondeur, n'avait mis à découvert que des tissus fibreux, il n'était pas probable qu'on pût arriver à l'intestin par cette voie, que d'ailleurs il ne fallait pas continuer une opération qui ne donnait guère de chances de succès et qui, continuée, pouvait ôter celles qu'il fallait conserver pour l'opération par la région lombaire à laquelle il fallait avoir recours. Je me décidai donc, à regret, à abandonner l'opération pour établir un anus artificiel dans la région lombaire gauche.

L'enfant fut couché sur le ventre, et un aide fut chargé de placer une main sur l'abdomen afin de comprimer les intestins et faire proéminer les colons dans les régions lombaires. — Cela étant fait, on plaça l'enfant un peu incliné sur le côté droit et on traça, avec de l'encre, la région dans laquelle on devait rencontrer le colon en-dehors du péritoine. Une incision transversale mit à découvert du tissu adipeux qui fut ébarbé, enlevé avec des ciseaux ; alors, les muscles étant mis à nu, ils furent incisés à leur tour. La plaie était maintenue parfaitement écartée par M. L. Boyer à l'aide des crochets imaginés pour écarter les paupières dans l'opération du strabisme. A ce temps de l'opération, je consultai une planche qui représente la région lombaire pour m'assurer que j'étais bien dans la direction où l'intestin devait se rencontrer, puis j'incisai le carré des lombes, espérant mettre à découvert le rein qui m'aurait servi de guide ; il se présenta en effet, un corps lisse, violet, dont la position et l'aspect pouvaient faire soupçonner que ce fût l'intestin. Le toucher donnait une sensation de fluctuation, de rénitence analogue à celle qu'aurait fournie l'intestin. Dans le doute, ce corps fut accroché avec deux ténaculums, puis incisé très-légèrement ; alors je reconnus que

c'était le rein. Dirigeant mes recherches plus en avant, et guidé par cet organe, je mis bientôt à découvert le colon que je reconnus à sa couleur verdâtre et à sa réniteuce. J'implantai dans ses parois deux ténaculums à une petite distance l'un de l'autre, et, avec des ciseaux, j'incisai l'intestin entre les deux instruments. Aussitôt, il s'échappa des gaz avec bruit de sifflement, puis il sortit du méconium épais, noir et gluant. Deux pinces à torsion fixées aux bords de l'ouverture qui venait d'être faite à l'intestin, permirent au méconium de s'échapper librement, et pour faciliter son évacuation, on introduisit une sonde de femme pour triturer le méconium : pendant ce temps aussi, on exerçait de légères pressions sur le ventre de l'enfant. Enfin, une grande quantité de méconium étant sortie, on fixa l'intestin à l'angle antérieur de la peau au moyen de trois points de suture entrecoupés. Un autre point de suture fut pratiqué pour réunir l'angle postérieur de la plaie afin de recouvrir le rein.

L'enfant fut ensuite nettoyé et chauffé, puis rapporté chez lui par une des voisines de sa mère, femme remplie d'un dévouement qui ne s'est pas démenti un seul instant, et dont la conduite admirable contraste d'une manière frappante, avec l'inhumanité et l'ignorance de la sage femme appelée lors de l'accouchement.

Le lendemain de l'opération, l'enfant est en bon état ; il tète avec une avidité extrême; le méconium et les matières sortent facilement. Il urine bien.

Le surlendemain, on s'aperçoit d'un prolapsus assez fort de la muqueuse intestinale par l'ouverture artificielle ; mais ce prolapsus disparaît par une légère pression avec les doigts, et il n'empêche pas la sortie des matières.

Pour empêcher ce renversement de la muqueuse d'augmenter, on applique des compresses soutenues par une bande, et l'on recommande de réappliquer cet appareil, après l'avoir ôté de temps en temps pour laisser sortir les matières.

Le quatrième jour, les sutures sont tombées, même celle qui avait été pratiquée à la partie postérieure. Le prolapsus tend plutôt à diminuer qu'à augmenter. L'état de l'enfant est très-

satisfaisant; il tète avec avidité, et tout fait espérer qu'il survivra.

Dans mon premier mémoire (1839), j'ai dit à tort que personne avant mes travaux, n'avait pratiqué sur le vivant, l'opération proposée par Callisen; depuis cette époque j'ai trouvé le fait suivant que je reproduis en entier :

Imperforation du rectum; tentative infructueuse de rétablissement de l'anus naturel; formation d'un anus artificiel (par le procédé de Callisen; mais le péritoine fut ouvert); mort 28 heures après cette opération. Lancette française, décembre 1828, tome 1^er^, p. 78).

On a apporté lundi dernier, 8 décembre 1828, à la consultation de M. Bougon, un enfant âgé de 13 jours; il était très-petit, et d'une maigreur remarquable. Cet enfant, depuis sa naissance, n'avait rendu aucune matière par le fondement; il avait des hoquets et des vomissements continuels. La peau de l'abdomen était bleuâtre dans certains points; un examen attentif n'ayant fait découvrir aucune trace d'anus, M. Bougon jugea convenable de plonger un bistouri dans l'endroit que doit occuper cette ouverture, pour s'assurer si le rectum arrivait jusqu'à peu de distance de ce point, et s'il était possible de rétablir par là une ouverture naturelle. Un bistouri à lame étroite fut donc enfoncé avec précaution jusqu'à la hauteur de sept à huit lignes; il ne s'écoula aucun liquide, si ce n'est un peu de sang; les cris même de l'enfant ne produisirent aucune sensation de secousse qui pût faire présumer que le cul-de-sac intestinal était dans les environs.

M. Bougon renonce dès lors à rétablir l'anus normal, pour avoir recours à un autre moyen qui consiste à aller chercher une portion du colon, pour établir un anus artificiel; il fait pour cela, au côté gauche, une incision longitudinale d'un peu plus d'un pouce, entre la dernière fausse côte et la crête iliaque. Arrivé au péritoine, il le décolle dans une petite étendue, pour aller saisir l'intestin là où il n'est pas recouvert

par la membrane séreuse. Cette tentative est sans fruit; alors l'opérateur se décide à ouvrir le péritoine et à saisir une portion du colon comme on le fait ordinairement Cet intestin est amené au dehors; on l'ouvre et on introduit dans sa cavité une sonde en gomme élastique qui donne issue à des gaz et à une assez grande quantité de matières; un fil est passé dans le mésentère pour retenir l'intestin en place. Un appareil convenable sert à maintenir le corps étranger dans l'intestin.

Peu de temps après l'opération, les hoquets et les vomissements cessent; le petit malade est assez calme pendant la journée et une partie de la nuit; *eau miellée*; il s'écoule par la sonde une nouvelle quantité d'un liquide jaunâtre dans lequel il semble qu'on ait délayé des matières fécales.

Le 9 décembre, vers deux heures du matin, cris plaintifs, vomissements d'une matière semblable à du lait coagulé. A la visite, les cris sont continuels, le hoquet reparaît de temps à autre; le malade rejette parfois des gorgées d'un liquide jaune qu'il n'a pas la force d'expulser entièrement; en effet, lorsqu'il crie, on entend un gargouillement dans le fond de la gorge. La physionomie est plus altérée que la veille, et elle offre déjà l'aspect cadavérique. L'état de cet enfant s'aggrave de plus en plus; les vomissements deviennent plus fréquents; il ne passe presque plus rien par la sonde, et la mort arrive vers trois trois heures de l'après-midi.

Nécropsie, quarante-deux heures après la mort.

A l'ouverture de l'abdomen, l'intestin grêle paraît dans l'état naturel. Le rectum est à sa place, il s'enfonce dans le petit bassin, mais il finit à un pouce de l'anus, et l'intervalle qui sépare son extrémité inférieure du point où il devait arriver, est occupé par un tissu cellulaire condensé; toute la portion d'intestin qui forme le rectum est très-distendue par des matières liquides jaunes; *la surface péritonéale a contracté quelques faibles adhérences avec les anses intestinales voisines :* sa membrane muqueuse est enflammée; son extrémité inférieure se termine par un cul-de-sac sans aucune trace d'ouverture.

La sonde que l'on avait placée le jour de l'opération avait

été introduite dans le gros intestin, à peu près à l'union du colon descendant avec l'S romaine ; aucune adhérence ne s'était encore établie entre l'intestin et le pourtour de la plaie ; il n'y avait aucun épanchement dans le bas-ventre ; le reste du tube digestif était injecté, et présentait çà et là des traces d'inflammation.

Les organes de la poitrine étaient sains et bien conformés. On n'a pas ouvert le crâne ni le rachis.

Réflexions. — Je crois que ce fait, *sincère, complet*, servira à prouver mieux que tout ce que je pourrais dire encore, que la méthode de Callisen avait été blâmée par tous les auteurs, parce qu'on avait mal jugé des rapports des intestins colons avec le péritoine, et parce que l'anatomie pathologique n'avait point encore appris ce que j'ai démontré par mes recherches, savoir, que l'espace celluleux dépourvu de péritoine s'agrandit en raison du volume qu'acquiert l'intestin par la rétention des matières ou du méconium. Cette circonstance facilite l'opération ; et l'incision transversale que j'ai proposée, permet d'arriver sur les colons sans intéresser le péritoine, ce qui était très-difficile par l'incision longitudinale.

En résumé, la question des imperforations, qui était naguère encore assez obscure, s'éclaircit beaucoup, et l'on peut déjà tracer en quelques mots la conduite à tenir dans tous les cas connus d'atrésies du rectum.

Agrandir l'ouverture anale lorsqu'elle est trop étroite ;

Faire la ponction avec le bistouri si l'ouverture anale n'est fermée que par la peau, plus ou moins épaisse, qui bouche l'anus ;

Etablir l'ouverture dans la région coccygienne lorsque l'intestin est séparé de la peau par une plus grande épaisseur ;

Enfin, établir l'anus artificiel dans la région lombaire quand il est impossible de le faire dans la région coccygienne.

Les cas d'interruption du tube digestif dans le milieu de sa longueur sont si rares, que M. Baron m'a dit n'en avoir vu que deux exemples, depuis vingt années qu'il est médecin de l'hôpital des Enfants-Trouvés.

Un anus artificiel dans la région lombaire est une grande infirmité sans doute, mais c'est le *sinè quâ non* ; c'est vivre ou mourir enfin. J'ai entendu dire à quelques personnes : « J'aimerais mieux la mort que de vivre avec une pareille infirmité. » Je leur ai répondu qu'elles n'étaient pas en position de se décider, et je doute très-fort de ces résolutions courageuses prises quand on se porte bien ; car, pour les malades auxquels cette opération a été proposée, si quelques-uns l'ont refusée d'abord, tous ont fini par la demander avec instance. Talma et Broussais l'auraient très-probablement acceptée comme un bienfait.

J'ai déjà dit, et je le répète, cette infirmité est moins grande qu'on ne le croit généralement, parce qu'on la compare toujours à celle qui résulte des fistules stercorales du petit intestin. Mais il importe beaucoup de faire observer qu'il ne faut pas confondre les anus artificiels du gros intestin avec les *anus accidentels* des intestins grêles, qui ont lieu surtout après la gangrène des hernies. Dans ce cas, il y a incontinence des matières, qui sont presque toujours liquides. Dans l'anus artificiel lombaire établi sur les colons, il y a, au contraire, souvent de la constipation, et presque toujours difficulté de défécation plutôt que trop de facilité. Il en résulte qu'avec de la propreté et un bouchon bien soutenu, cette infirmité est beaucoup plus supportable qu'on ne le pense, puisque les matières ne sortant pas involontairement et à chaque instant, il ne faut point de boîte ni de poche comme pour les anus accidentels.

Malgré tous les reproches qu'il est facile de faire à ce genre d'infirmité, on peut dire qu'elle est plus supportable que beaucoup d'autres, parce qu'elle est naturellement cachée et facile à contenir ; il vaut donc mieux, d'après ce que je viens de dire, avoir un anus artificiel que d'avoir une difformité qui saute aux yeux et qui choque tout le monde.

Il n'est pas inutile de faire remarquer que, contrairement à l'opinion accréditée, les faits prouvent ce que j'avais avancé dans mon premier mémoire d'après mes recherches d'anatomie chirurgicale, puisqu'ils confirment heureusement la possibilité d'ou-

vrir le colon lombaire gauche sans pénétrer dans le péritoine sur des enfants nouveau-nés, comme sur l'adulte, malgré la réprobation générale établie dans la science, par les essais infructueux de Callisen et de Duret, et surtout par la sanction de Sabatier, Boyer, etc.

Malgré ce que j'ai écrit pour faire revenir l'opinion, on a continué, sans se donner la peine de vérifier ce que j'avais avancé d'après mes recherches, à répéter à l'envi ce qui avait été accrédité par les premiers investigateurs; et malgré ce qu'on a objecté à mes travaux, je puis dire maintenant avec plus d'assurance encore, que la disposition anatomique favorable à l'opération est la règle, et l'inverse l'exception.

On avait donc eu tort de conclure sans examen, d'après les simples essais de Callisen et de Duret, que l'opération était impossible sur les enfants, faute d'espace celluleux, l'intestin étant flottant, et enfin que le procédé de Littre était préférable. Je prétends formellement le contraire; car l'opération est possible dans presque tous les cas. Je persiste donc plus que jamais dans cette opinion.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler que la même chose m'est arrivée pour mes travaux sur la lithotripsie. Après que j'eus démontré la possibilité de faire pénétrer dans la vessie des sondes droites et des instruments brise-pierres droits, on me dit que c'était impossible chez les enfants. On sait maintenant le contraire. J'espère qu'il en sera bientôt de même pour l'opération de l'anus artificiel dans les régions lombaires sans ouvrir le péritoine.

Comparons ensemble les deux opérations abdominales faites sur des enfants imperforés.

L'opération de Littre est sans le moindre doute beaucoup plus facile que celle de Callisen modifiée. Cependant, il est arrivé dans quelques-unes des opérations qui ont été pratiquées, que les intestins grêles sont sortis par la plaie et ont beaucoup gêné l'opérateur. Ajoutons que le péritoine étant ouvert deux fois, on a beaucoup plus à craindre l'inflammation et les épanchements que par le procédé de Callisen. Ce danger me paraît

si grand, que, si je pratiquais cette opération, je ferais coucher l'enfant sur le ventre.

L'opération de Callisen est beaucoup plus délicate et plus difficile que celle de Littre ; mais elle est plus facile sur l'enfant que sur l'adulte, parce que le rein peut toujours servir de guide pour découvrir la portion du colon dépourvue de péritoine. Cette membrane séreuse n'étant pas ouverte, on a moins à redouter la péritonite ; enfin, la situation déclive de la plaie, le malade étant couché sur le dos, favorise la sortie des liquides et des matières.

RÉSUMÉ.

Des faits et des considérations que je viens d'exposer, je crois pouvoir déduire les propositions suivantes :

1° Littre a le premier formulé le moyen de remédier à l'imperforation des intestins en établissant une voie nouvelle au ventre, et Callisen a publié l'idée de la possibilité d'atteindre ce but sans ouvrir le péritoine ; mais les essais infructueux de ce chirurgien et de Duret ont détourné les praticiens de la bonne voie.

2° J'ai démontré de nouveau la possibilité d'établir un anus artificiel dans la région lombaire sur l'adulte, et même sur les enfants imperforés, *sans ouvrir le péritoine.* J'ai déjà maintenant huit faits à l'appui de cette opération : cinq sur l'adulte et trois sur les enfants naissants.

3° L'anatomie chirurgicale vient à l'appui des faits, surtout lorsqu'on insuffle les intestins ; car lorsqu'ils sont vides, comme ils sont lâchement unis aux parois abdominales, il suffit d'une légère traction pour faire disparaître l'espace celluleux.

4° L'état pathologique du gros intestin, c'est-à-dire la tympanite ou la distension des intestins par la cause qui requiert l'établissement d'une ouverture artificielle, aurait dû conduire aux résultats que j'ai obtenus; car si on n'a pas démontré plus tôt la possibilité de cette opération, c'est qu'on n'a pas

assez consideré le changement favorable qui arrive par l'état pathologique.

5° L'opération peut être faite à gauche et à droite sur l'adulte ; mais il vaut mieux la faire à gauche qu'à droite, parce que la défécation est plus difficile quand l'ouverture artificielle est à droite. Sur cinq opérations sur l'adulte, j'en ai fait deux à gauche et trois à droite, il est vrai; mais j'y ai été forcé par des raisons particulières.

6° Sur l'enfant naissant il vaut mieux faire l'opération à gauche par la même raison que sur l'adulte, et surtout parce qu'à cet âge le colon lombaire droit est souvent moins favorablement disposé à cause du volume du foie qui repousse le colon en dedans et en avant du rein.

7° L'incision transversale est préférable à toute autre ; on doit même au besoin y ajouter l'incision perpendiculaire au fond de la plaie, ce qui fait une incision cruciale, pour favoriser l'opération ; car on n'a point de repaire véritable sur l'adulte, on n'a que le muscle carré et les lamelles adipeuses et blanches du rein ; tandis que sur l'enfant on a un repaire précieux : c'est le rein lui-même qui a une position plus constante et plus favorable que sur l'adulte.

8° L'opération est plus facile sur l'enfant que sur l'adulte, mais on ne doit y avoir recours qu'après avoir reconnu l'impossibilité d'établir l'anus artificiel par en bas, c'est-à-dire dans la région coccygienne.

9° Enfin, l'infirmité qui résulte de cette opération est moins grande qu'on ne le pense généralement, parce que le colon ne se vide pas involontairement et continuellement, comme le font les intestins grêles affectés d'anus accidentels à la suite des hernies.

FIN.

OCCLUSION DU TUBE DIGESTIF

DEPUIS PLUS DE QUARANTE JOURS

DÉTERMINÉE

PAR UNE TUMEUR SITUÉE DANS LA FOSSE ILIAQUE GAUCHE

ANUS ARTIFICIEL

ÉTABLI AVEC SUCCÈS SUR LE COLON LOMBAIRE DROIT SANS OUVRIR LE PÉRITOINE

Cinquième opération pratiquée par M. AMUSSAT

(Observation recueillie par M. le docteur VIDAL (de Poitiers), médecin du malade.)

M. C..., âgé de cinquante-sept ans, habite le département de l'Aisne; il est tailleur, d'une haute stature, sec et maigre, et d'un tempérament bilieux. A l'âge de dix-sept ans, il eut une pleurésie. Depuis ce temps, M. C... s'enrhume assez facilement et crache quelquefois du sang, souvent il lui est arrivé d'en expectorer sans tousser. Cette facilité à rendre du sang lui a toujours fait penser qu'il devait être phthisique un jour. Aujourd'hui rien ne démontre la réalisation de cette prévision du malade.

Autrefois il digérait bien, et les garde-robes se faisaient convenablement. Néanmoins, quand il avait un peu de fatigue, il ressentait dans le côté gauche de l'abdomen, profondément et vers la région de la rate, une douleur sourde qui le forçait de suspendre son travail, et souvent alors le crachement de sang avait lieu : du reste, l'un et l'autre cessaient par le repos.

Il y a neuf mois environ, M. C... s'aperçut que les garde-robes devenaient plus difficiles, que les matières rendues

étaient en moindre quantité et d'une teinte verdâtre, souvent accompagnées de filaments sanguins. Plus tard, il rendit par l'anus environ *un verre de sang presque pur*, sans douleur et sans coliques. Il fut mis à l'usage des boissons rafraîchissantes, des bains de siége, des lavements d'eau froide et à la diète, et enfin, d'après mon avis, des lavements de ratanhia et de l'eau de riz avec le sirop de coings furent employés. Sous l'influence de ces moyens, le sang ne reparut plus et les garde-robes se rétablirent : toutefois les matières conservèrent leur couleur verdâtre.

Se voyant mieux, le malade se mit à reprendre des aliments; mais bientôt les garde-robes redevinrent difficiles, n'avaient lieu qu'au moyen de lavements, et les petites portions de matières stercorales qui étaient rendues étaient entourées de glaires sanguinolentes. Dans le même temps, le malade s'aperçut de l'*existence d'une tumeur située dans la fosse iliaque gauche*. Cette tumeur était le siége d'une assez vive sensibilité et parfois d'élancements assez prolongés. Ces divers phénomènes augmentant ainsi que la difficulté des garde-robes, le malade se détermina à venir à Paris. Il y arriva le 12 novembre dernier.

J'examinai alors la poitrine par l'auscultation et la percussion; je n'y constatai aucun phénomène pathologique.

C'est sur l'appareil digestif que je fixai particulièrement mon attention; le malade me dit qu'il avait de l'appétit, qu'il digérait bien, mais qu'il ne prenait pas autant d'aliments qu'il le pourrait, dans la crainte d'augmenter la difficulté des garde-robes, qui étaient toujours pénibles, et qui ne s'obtenaient qu'au moyen de lavements.

La langue était humide; la région de l'estomac n'offrait aucune sensibilité, et je n'y constatai rien de particulier; il en fut de même pour le reste de l'abdomen, qui était souple partout; mais en déprimant, ce qui était très-facile alors, les

parois de cette cavité, je sentis fort distinctement, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur cylindrique de 7 à 8 centimètres de longueur, de 3 centimètres d'épaisseur, ayant la forme de l'S iliaque du colon, sur lequel elle semblait reposer, si toutefois elle n'était pas formée par cet intestin lui-même; elle était dure, peu mobile, mais facile à circonscrire dans tous les sens; sa nature me parut impossible à déterminer.

Les lavements étaient insuffisants pour produire des garderobes; je prescrivis deux verres d'eau artificielle de Seidlitz, mais ce fut sans succès.

Le 17, j'administrai soixante grammes d'huile de ricin dans une potion émulsionnée, et je fis prendre quelques tasses de bouillon aux herbes, et deux tasses de thé léger et sans sucre, ce qui n'empêcha pas que l'huile de ricin ne fût vomie en grande partie deux heures et demie après avoir été prise. Toute la journée, le malade fut tourmenté de coliques vives, qui ne furent calmées que le soir par une potion avec quinze grammes de sirop diacode.

Le 18, les coliques se renouvelèrent, le ventre commença à se ballonner et à devenir sensible à la pression. Un bain fût administré, des cataplasmes émollients appliqués sur le ventre; on donna des boissons mucilagineuses tièdes.

Le 19, ces symptômes avaient augmenté, notamment la tension du ventre. Je réclamai une consultation de M. le professeur Rostan, qui vint le soir même, à cinq heures. Il put reconnaître la tumeur sans la circonscrire. Son avis fut qu'il y avait cancer intestinal avec tympanite commençante; que bientôt des vomissements et des hoquets surviendraient, et que la mort ne tarderait pas à arriver si on n'avait recours à un chirurgien; il prescrivit des boissons glacées mêlées à l'eau de Seltz, pour arrêter les vomissements, et la continuation des cataplasmes sur le ventre.

Nous convînmes en outre d'appeler M. Amussat en consul-

tation pour le lendemain. Ce jour-là le malade avait passé une mauvaise nuit; la tympanite était considérable; tout le ventre était météorisé, avec cette particularité que la tension était un peu moindre dans le côté gauche de l'abdomen que dans tout le reste de son étendue. Il y avait eu quelques hoquets et beaucoup d'envies de vomir; le malade rendait beaucoup de gaz par la bouche, et n'en rendait aucun par l'anus; le faciès était allongé, amaigri; la peau sèche.

M. Amussat examina le malade, crut sentir la tumeur, et d'après l'ensemble des symptômes il partagea l'avis de M. Rostan sur la nature de la maladie; il ajouta qu'il pensait qu'il y avait lieu à pratiquer un anus artificiel pour sauver les jours du malade, mais qu'il ne ferait pas cette opération sans avoir l'assentiment d'un autre de ses confrères en chirurgie. Il fut décidé que le lendemain nous nous réunirions, MM. Rostan, Amussat et moi, à deux heures, et qu'on nous adjoindrait M. le professeur Breschet; que d'ici là on continuerait les mêmes moyens, et qu'on y ajouterait l'administration d'une douche ascendante. Enfin, si elle ne réussissait pas à faire rendre quelques matières fécales, on la ferait suivre de trois lavements forcés, en observant toutes les précautions indiquées par M. Amussat, c'est-à-dire en empêchant la sortie du liquide autour de la canule.

La douche, donnée avec l'appareil de Bizet, ne produisit rien; l'eau entrait et sortait sans s'arrêter dans le rectum. On administra de suite trois lavements forcés; deux et demi au moins pénétrèrent. La moitié du liquide fut rendue par le malade une minute après, et produisit un peu de matières fécales verdâtres. Dans la soirée, l'autre moitié fut rendue avec le même résultat.

Le 21, la nuit avait été fort agitée, sans sommeil; le ventre continuait de se ballonner; il y avait du hoquet, des envies de vomir fréquentes; les traits de la face étaient plus allongés;

le malade rendait à chaque instant des gaz par la bouche. Le matin, de bonne heure, il avait vomi des matières muqueuses mêlées à du sang noir; malheureusement ces matières de vomissements furent jetées de suite, et ne purent être examinées. Quatre lavements forcés furent administrés avec beaucoup de soin, et franchirent probablement l'obstacle, car ils ne purent être rendus par le malade. Mais dès lors la tuméfaction du ventre augmenta, la tympanite devint plus forte, l'étouffement considérable, et tous les autres symptômes beaucoup plus alarmants. Le malade réclamait l'opération avec instance, comme le seul moyen d'être débarrassé de son oppression.

La consultation eut lieu à deux heures. M. Breschet, nouvellement appelé, après avoir examiné le malade, se rangea de l'avis de ses confrères quant au diagnostic, et comme eux pensa qu'une opération était la seule ressource qui offrît quelque chance de sauver les jours du malade; elle fut décidée pour le lendemain à huit heures du matin.

Dans la soirée on injecta dans le rectum un cataplasme de riz avec quelques gouttes de laudanum; on en appliqua un autre sur le ventre, et la nuit se passa sans aucune rémission dans les symptômes; de plus le malade vomit une assez grande quantité de matières muqueuses fortement mêlées de sang; ces matières étaient plus noires et plus épaisses que celles vomies la veille.

Le 22, à huit heures du matin, M. Amussat, accompagné de MM. les docteurs Troussel, Filhos, L. Boyer, Levaillant, de Kaëtzskouski, Sigmünd, Gray et moi, était disposé à procéder à l'opération; mais, à l'aspect des matières du vomissement, il crut devoir s'arrêter et recueillir l'avis des médecins qui l'entouraient. Le résultat de cette délibération fut qu'il était possible que ce sang vomi provînt d'une simple exhalation de la muqueuse gastrique ou intestinale, mais qu'il pouvait aussi indiquer une affection cancéreuse de l'estomac et particulière-

ment de son orifice pylorique, et que par conséquent dans le doute il convenait de s'abstenir de toute opération.

M. Amussat et moi nous convînmes que pour juger la question sous cette nouvelle face il fallait faire revenir les consultants de la veille, MM. Rostan et Breschet, et de leur adjoindre un troisième médecin, comme eux, haut placé dans la science; M. Magendie fut invité à venir. Ces messieurs ne purent se réunir que le lendemain 23, à huit heures du matin.

Dans la journée du 22, le malade se trouva mieux; les matières vomies soulagèrent l'estomac; l'oppression fut moins considérable. Dans la soirée, deux demi-lavements, administrés coup sur coup, produisirent quelques matières stercorales; on fit sur le ventre des frictions avec cinq gouttes d'huile de croton tiglium et on y maintint un cataplasme de farine de riz. La nuit ne fut pas mauvaise; le malade dormit environ trois heures à plusieurs reprises, et le matin deux autres demi-lavements produisirent les mêmes résultats que ceux de la veille au soir.

Le 23 novembre, M. Magendie, assisté des autres médecins nommés plus haut, prit d'abord connaissance des circonstances antécédentes, et examina le malade. Il fut d'avis que son état s'était amélioré; que l'obstacle au cours des matières fécales n'étant pas complet permettait de différer l'opération; qu'il fallait continuer les moyens qui avaient procuré quelques évacuations alvines, et donner des boissons relâchantes, comme tisane miellée, lait coupé, etc. A ces moyens il conseilla de joindre l'emploi d'une sonde œsophagienne, poussée jusqu'à travers l'obstacle dans le but de le dilater, moyen qui lui avait réussi chez une malade dans son service à l'Hôtel-Dieu, chez laquelle on avait cru à un cancer intestinal de l'S iliaque, et qui avait été guérie par ce moyen. Enfin, il ajouta que le sang vomi ne lui paraissait pas provenir d'une affection organique de l'estomac ou des intestins, mais bien être le

produit d'une simple exhalation intestinale; que si l'obstacle au passage des matières fécales devenait complet, il faudrait pratiquer un anus artificiel dans le flanc droit ou gauche, au choix de l'opérateur.

M. Breschet fut du même avis, tant sur l'origine du sang vomi que sur la nécessité de différer l'opération qu'il avait conseillée la veille; mais, que si elle devenait indispensable, de ne pas attendre que le malade eût perdu toutes ses forces pour y avoir recours.

M. Rostan dit que, croyant à l'existence d'un cancer à l'S iliaque du colon, il ne pensait pas que cette affection pût être multiple et exister à la fois dans l'intestin et à l'estomac; que du moins il ne l'avait jamais rencontrée dans les nombreuses autopsies faites par lui dans les hôpitaux; qu'en conséquence, il croyait que le sang vomi par notre malade venait d'une simple exhalation, et que cette circonstance ne devait pas empêcher l'opération si elle devenait nécessaire.

Nous résolûmes donc, M. Amussat et moi, de suivre en tout point les avis qui venaient d'être ainsi formulés. Dans ce but, nous prescrivîmes deux tasses de lait coupé et deux tasses de bouillon de poulet pour l'après-midi, ainsi qu'une injection de cataplasme de riz dans le rectum.

Le soir, à cinq heures, nous revîmes M. C...; il était un peu mieux, le hoquet avait entièrement cessé; il n'avait pas eu envie de vomir; il avait rendu, au moyen d'un lavement, une plus grande quantité de matières fécales qu'on n'en avait encore obtenu jusqu'alors.

M. Amussat introduisit une sonde œsophagienne garnie à son extrémité d'une olive de cire comme les bougies à empreinte de l'urètre; mais, en plaçant son doigt indicateur dans le rectum pour guider la sonde, il reconnut et me fit reconnaître très-distinctement sur la face antérieure de cet intestin, en avant de la partie moyenne de la prostate, un

éraillement considérable de la muqueuse, qui, probablement, avait été produit par la canule avec laquelle on avait donné les lavements forcés. Dans la crainte de l'augmenter et d'aller peut-être perforer la portion prostatique du canal de l'urètre, il recommanda qu'à l'avenir on introduisît toujours le doigt indicateur dans le rectum pour guider la canule de la seringue quand on donnerait des lavements.

La sonde, guidée par le doigt indicateur et portée aussi haut que possible, arriva peut-être jusqu'à l'obstacle, mais ne put y pénétrer, malgré toute espèce de tentative. L'ayant retirée, elle nous offrit l'olive qui la terminait recourbée sur elle-même.

Le malade eut à l'instant l'envie d'aller à la garde-robe, et en s'y présentant il rendit environ une cuillerée de matières fécales demi-liquides. La sonde semblait donc avoir produit l'effet d'un suppositoire. Il y avait vingt jours que, sans lavements, le malade n'avait rendu de matières fécales.

Le 24, de nouvelles matières fécales sont sorties au moyen de lavements simples; le ventre, quoique encore ballonné, était plus souple, l'étouffement avait disparu, mais le gargouillement intestinal était le même; le malade avait rendu peu de gaz par en bas, beaucoup plus par en haut; nous prescrivîmes un bain de trois quarts d'heure et des cataplasmes sur le ventre et dans le rectum.

Les 25, 26 et 27, mêmes symptômes, sans exaspération comme sans amendement.

Le 28, le malade est triste, mais il a un peu dormi la nuit. Le ventre est fortement ballonné, et, depuis trente-six heures, il n'a rendu ni gaz ni matières fécales par l'anus; il rend toujours des gaz par la bouche. Les jambes sont enflées jusqu'au-dessus des malléoles.

Une sonde œsophagienne, introduite par l'anus, pénètre environ à 30 centimètres; mais en la retirant on voit que son

extrémité est fortement recourbée sur elle-même et teinte de matières muqueuses et sanguinolentes; quelques gaz s'échappent aussitôt qu'elle est retirée, mais sans aucun autre résultat.

Le 29, le malade n'a plus de coliques, le ventre est plus souple et l'oppression moindre. Dans la nuit et la matinée, des gaz nombreux et bruyants ont été rendus par en bas, en même temps qu'il en est sorti par en haut.

La sonde œsophagienne est introduite de nouveau; elle semble s'engager à travers l'S du colon, car elle disparaît d'environ 35 centimètres, près de moitié de sa longueur. Elle provoque l'envie d'aller à la garde-robe, mais il ne sort que des gaz. Un lavement est donné; il ne ramène que des parcelles de matières fécales. Deux autres lavements forcés sont administrés, et le malade les rend avec une assez grande quantité de matières fécales.

Le 30, le ventre est bien moins ballonné; des gaz continuent de sortir par l'anus, qui est devenu douloureux par suite des manœuvres faites la veille. Une promenade en voiture n'a fait aucun mal.

Le 1er décembre, l'appétit tourmente le malade; on est forcé de lui donner un peu à manger; mais, le soir, le ventre est plus distendu; cependant les jambes sont moins œdématiées qu'il y a quelques jours.

Le 2, le ventre est très-ballonné; les lavements n'ont amené ni matières ni gaz. La sonde œsophagienne pénètre à 42 ou 44 centimètres; des gaz sortent aussitôt; on profite de son séjour dans l'intestin pour y porter deux lavements qui sont rendus aussitôt qu'elle est retirée, et qui n'entraînent avec eux que fort peu de matières fécales.

Le 3, même état.

Le 4, quoique deux lavements aient été portés très-haut, au moyen de la sonde œsophagienne, introduite comme précédemment, il n'y a pas eu d'évacuation. Le ventre est très-dis-

tendu; il y a des coliques. On donne une potion calmante pour la nuit, et l'opération est décidée pour le lendemain, à midi.

Le 5, le ventre est dans le même état, mais les coliques ont cessé. Le malade recule devant l'opération. On prescrit des bains, des lavements laudanisés et des cataplasmes sur le ventre.

Le 6, même état.

Le 7, le malade veut absolument être opéré; il nous prie instamment de n'y apporter aucun retard.

Cette opération est pratiquée, le 8 décembre 1841, à midi, par M. Amussat, en présence de MM. les docteurs Troussel, Filhos, Lucien Boyer, Levaillant, Oliffe et moi. On décide qu'elle sera faite dans le flanc droit, par la raison que voici : c'est qu'en opérant à gauche, on conservait, il est vrai, toute l'étendue du colon transverse, ainsi que le colon ascendant, organes utiles, sans aucun doute; mais aussi on opérait très-près de la tumeur de la fosse iliaque, et sur un intestin qui, s'il n'était pas déjà malade, pouvait le devenir par le fait seul de l'opération, et rendre celle-ci inutile.

Le malade fut couché sur un lit de sangle, le ventre appuyé sur des oreillers, afin de faire proéminer les flancs; alors M. Amussat fit au milieu de l'espace qui sépare la crête de l'os des iles, du bord inférieur de la dernière côte, une incision transversale, longue de 0,10 environ, et comprenant la peau, le muscle grand oblique, le petit oblique, les aponévroses postérieures du transverse, et le bord externe du carré des lombes; bientôt, au fond de la plaie, on vit un intestin entouré de tissus graisseux; une artère, appliquée fortement sur l'intestin, le divisait en deux portions, et lui donnait l'aspect d'une anse de l'intestin grêle; le bout de cette artère, qui donnait du sang, fut saisi avec une pince et tordu.

Il serait difficile de rendre la perplexité qu'opérateur et

assistants éprouvèrent lorsque, arrivé à ce temps de l'opération, chacun se demanda si l'intestin que l'on voyait et que l'on touchait au fond de la plaie était bien celui que l'on cherchait et non une portion de l'intestin grêle. Effectivement, aucune circonstance anatomique n'a encore été signalée comme propre à servir de jalon à l'opérateur, et quand on pense que le moindre déplacement de l'intestin colon lui-même, ou une mauvaise direction donnée à l'incision des téguments, pourrait le faire attaquer par un de ses côtés recouvert de péritoine, on a véritablement lieu d'être dans l'anxiété.

Plusieurs fois l'intestin se durcit, mais cette contraction n'indiqua rien, sinon qu'on avait sous les yeux un intestin, sans indiquer lequel. Néanmoins, après l'avoir débarrassé de tout ce qui pouvait le recouvrir, on mit sa tunique musculaire à nu, et on pensa, surtout à cause de sa position et de son volume, que ce devait être le colon. Alors, on passa une aiguille armée d'un fil à travers ses parois, et aussitôt des gaz ayant une odeur carastéristique s'échappèrent par la petite perforation de l'aiguille. Un ténaculum fut appliqué à quelque distance de l'endroit où le fil avait été placé, et par ces deux moyens l'intestin ayant été soulevé, M. Amussat fit sur l'espace intermédiaire une petite incision avec des ciseaux. Aussitôt des matières fécales semi-liquides s'échappèrent avec des gaz. L'opérateur prit avec des pinces à torsion les bords de l'ouverture intestinale, et il agrandit avec un bistouri boutonné l'ouverture faite à la paroi postérieure de l'intestin, y introduisit l'extrémité du doigt auriculaire, et les matières fécales et des gaz sortirent abondamment. Trois lavements furent successivement portés dans l'intestin par l'ouverture artificielle, et rendus de suite, entraînant avec eux trois pleines cuvettes de matières fécales vertes et liquides, qui contenaient des pepins de raisins et de poires, dont le malade n'avait pas mangé depuis plus de deux mois.

A l'instant, le ventre diminua de volume, la respiration devint plus libre, et le malade se trouva soulagé. L'intestin fut fixé à l'angle antérieur de la plaie, au moyen de quatre points de suture entrecoupée. Le malade fut lavé, nettoyé et reporté sur son lit. Un simple cataplasme de riz fut appliqué sur la plaie, et un autre laudanisé sur tout le ventre.

Le soir, à dix heures, le pouls était un peu élevé et fréquent, la peau chaude, le visage animé. Cependant le malade était assez calme et se trouvait bien.

Le lendemain, M. C... est étonné de souffrir si peu; le soir, il a un petit mouvement de fièvre, mais moins fort que celui de la veille.

Le deuxième jour, les matières et les gaz continuent de sortir par la plaie. Le ventre est beaucoup diminué de volume; cependant le malade dit avoir ressenti des coliques pendant environ deux heures; il a rendu des gaz par l'anus naturel.

Le troisième jour, état très-satisfaisant; le malade demande quelque boisson nourrissante, l'eau de gruau édulcorée, quelques grains de raisin à sucer.

Le quatrième et le cinquième jour, même état. Le ventre reste tendu et contient encore des gaz, ce qui peut être attribué à ce que les intestins, ayant été distendus outre mesure, ont de la peine à revenir sur eux-mêmes. Néanmoins, on peut actuellement bien sentir la tumeur de la fosse iliaque gauche, et constater qu'elle remonte un peu au-delà de la crête de l'os des iles correspondante, ce qui justifie l'opération pratiquée dans la région lombaire droite.

Le 14 décembre, septième jour après l'opération, M. Amussat coupe les fils qui fixaient l'intestin à la plaie; celle-ci est très-belle, et toute sa surface se couvre de bourgeons charnus. On donne quelques bouillons au malade, qui réclame des aliments avec instance.

Le neuvième jour, le malade se lève deux heures pour s'asseoir dans un fauteuil; l'appétit est très-prononcé.

Le dixième jour, il rend par l'anus normal une forte garde-robe, avec matières dures et moulées, ce qui prouve que l'obstacle existant à l'S du colon n'est pas complet.

Le treizième jour, le malade est descendu du sixième étage.

Les jours suivants, rien de particulier.

Le dix-huitième jour après l'opération, le malade ressent quelques coliques, et rend par l'anus naturel quelques matières muqueuses, purulentes, et de couleur rouge. L'anus artificiel continue à faire ses fonctions; des matières fécales sortent librement par cette ouverture plusieurs fois par jour.

Le vingt-cinquième, la plaie continue à se rétrécir, elle est cicatrisée de plusieurs lignes vers l'angle antérieur. Le malade a éprouvé dans la nuit d'assez fortes coliques. Le soir, on lui administre deux lavements par l'anus artificiel, qui produisent une débâcle assez considérable, et le lendemain le malade se trouve mieux.

Le trentième, la plaie est presque entièrement cicatrisée; dans la fosse iliaque gauche, le malade éprouve, au niveau de la tumeur, des douleurs sourdes et profondes; il continue de rendre, par l'anus naturel, deux et trois fois en vingt-quatre heures, des matières blanchâtres, purulentes et fétides, qui semblent venir de la tumeur intestinale.

Le trente-cinquième, même phénomène. On maintient, pendant quelques heures, dans l'anus lombaire, une tente ou canule de gomme élastique; cette espèce de bouchon, de 0,3 de diamètre à peu près, peut permettre aux gaz de sortir par son ouverture centrale, en même temps qu'il laisse l'orifice béant, et s'oppose à ce qu'il se rétrécisse. Actuellement, les matières stercorales sortent fermes et moulées, et tout annonce que bientôt le malade pourra régler ses garde-robes, de manière à en avoir une le soir et une le matin.

Le trente-septième, le malade est pris d'une bronchite assez aiguë, qui détermine un peu de fièvre, et le malade est forcé de discontinuer de quitter sa chambre pendant le jour.

Le quarantième, la bronchite a cédé sous l'influence des boissons mucilagineuses et adoucissantes, et le lendemain le malade put quitter sa chambre.

Le quarante-quatrième, le malade se trouve assez bien pour sortir et aller passer une partie de la journée chez sa fille, qui demeure très-loin; mais il en revient fatigué; le pouls est un peu élevé; la bronchite semble revenir, et même s'exaspérer; les matières purulentes qu'il rend chaque jour par l'anus normal le préoccupent constamment, et son esprit veut à toute force y trouver un symptôme fâcheux.

Le quarante-septième, la toux a beaucoup diminué; la plaie est presque entièrement cicatrisée, et le malade parle souvent de retourner dans son pays.

Le cinquantième jour, ne pouvant plus résister à l'envie de revoir sa famille, il se mit en diligence, accompagné d'une seule personne, et fit la route d'un seul trait, sans même avoir besoin de changer de linge. Il resta ainsi dix-huit heures en voiture pour faire trente-neuf lieues, sans être bien fatigué, et, le lendemain, il écrivit lui-même à M. Amussat pour lui donner de ses nouvelles, et nous apprendre qu'il se trouvait bien.

A la date du 6 février, cinquante-neuvième jour après l'opération, M. E. Labouret, qui voit le malade actuellement, écrivait que son état était très-satisfaisant, et qu'il semblait engraissé; mais que cinq ou six fois par jour il rendait par l'anus naturel des matières purulentes et fétides.

Une seconde lettre du même médecin, du 22 février, annonçait que le malade continuait à se bien porter, et que l'anus artificiel livrait un passage facile aux matières fécales; mais qu'il rendait assez souvent par l'anus naturel des matières

purulentes. Quoi qu'il en soit, le but qu'on se proposait par l'opération a été atteint.

Un obstacle au cours des matières stercorales existait depuis quarante jours environ; cet obstacle était tel que la quantité de matières rendues était devenue insuffisante, et que la mort n'eût pas tardé à arriver.

En résumé, tout nous porte à croire que M. C... peut espérer encore plusieurs années d'existence. D'ailleurs, il est utile de rappeler que le second opéré de M. Amussat, qui est atteint d'un cancer du rectum bien constaté, a été opéré il y a bientôt trois ans, et qu'il se porte aussi bien que le permet une pareille situation.

Depuis que cette cinquième opération a été pratiquée, M. Amussat nous a montré un enfant qui lui avait été adressé par M. Hippolyte Larrey, et sur lequel il a pratiqué une opération semblable pour remédier à une imperforation congénitale du rectum; il avait d'abord tenté d'ouvrir le rectum par la région anale; mais, n'ayant pas trouvé cet intestin, il s'est vu forcé de pratiquer un anus artificiel sur le colon lombaire gauche. Cet anus est bien établi, et l'enfant, qui a maintenant deux mois, paraît hors de toute inquiétude. C'est donc la sixième opération de ce genre, faite avec succès, sans ouvrir le péritoine, par M. Amussat.

Nous ferons remarquer, avant de terminer, qu'il n'est plus possible maintenant d'établir de parallèle entre le procédé de Callisen, modifié par M. Amussat, et celui de Littre; en effet, les résultats obtenus sont tout à fait différents. Au reste, dans les deux mémoires que M. Amussat a publiés, le premier en 1839, et le deuxième en 1841, sur l'anus artificiel[1], on peut, en consultant la deuxième partie du premier Mémoire, intitulé *Documents*, avoir une idée complète des travaux publiés sur

[1] Chez Germer Baillière, libraire, place de l'Odéon, n° 2.

ce sujet, et être suffisamment éclairé pour juger la question sous toutes ses faces.

Nous devons dire aussi que la difficulté que M. Amussat avait éprouvée pour se procurer les ouvrages qui contiennent des documents relatifs à l'anus artificiel, lui avait fait penser qu'il serait fort utile pour les praticiens de trouver dans son premier mémoire tout ce qui se rattache à cette importante question. C'est donc avec plaisir que nous avons lu dernièrement, dans la *Gazette des hôpitaux,* plusieurs articles qui prouvent, en effet, que M. Amussat avait eu raison de donner tous les documents précieux qu'il avait rassemblés avec beaucoup de peine. Désormais, il sera loisible à tout le monde de faire complétement et facilement l'historique du sujet, ce qui ajoutera encore à l'importance et à l'unité, bien démontrée déjà, des travaux de M. Amussat[1].

[1] *Gazette des hôpitaux*, avril 1842.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 677.

RELATION

D'UNE

OPERATION D'ENTEROTOMIE LOMBAIRE

SANS OUVRIR LE PÉRITOINE,

PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS SUR UNE FEMME AGÉE DE CINQUANTE-TROIS ANS;

SUIVIE DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'INTESTIN COLON LOMBAIRE;

Lue à l'Académie royale des sciences, le 30 juillet 1844,

PAR

J. Z. AMUSSAT.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ,
Rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 18.

EXTRAIT DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS DU 10 AOUT 1844.

RELATION

D'UNE

OPÉRATION D'ENTÉROTOMIE LOMBAIRE

SANS OUVRIR LE PÉRITOINE.

La possibilité d'établir une voie artificielle au gros intestin, sans ouvrir le péritoine, avait été entrevue il y a longtemps ; mais des essais infructueux avaient fait naître des doutes, et cette idée avait été abandonnée; enfin on avait nié qu'il fût possible d'ouvrir le colon lombaire sans intéresser le péritoine.

Après m'être livré à des études d'anatomie chirurgicale et d'anatomie pathologique, j'ai démontré par des faits irrécusables que cette opération était praticable et qu'elle était préférable sous tous les rapports à celle de Littre.

Mais pour que cette rénovation chirurgicale pût être admise sans difficultés dans la pratique, j'ai voulu la soumettre au jugement des hommes qui font, à juste titre, autorité dans la science, et c'est dans ce but que j'ai eu l'honneur de vous présenter plusieurs mémoires sur ce sujet.

En 1842, l'Académie, adoptant les conclusions du rapport de sa commission composée de MM. Breschet, Double, Serres, Roux, Duméril, Larrey, de Blainville, Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, Magendie, a encouragé mes travaux sur ce point, en m'accordant une récompense sur les prix Montyon.

Ce jugement favorable m'engage à vous donner aujourd'hui la relation d'une observation nouvelle qui confirme tout ce que j'ai dit sur cette opération, et à compléter par quelques considérations d'anatomie pathologique la démonstration d'un fait que je crois désormais acquis à la science; savoir : *qu'on peut pratiquer l'entérotomie lombaire sur l'adulte et sur l'enfant sans ouvrir complètement l'abdomen, ce qui exclut le danger immense de la lésion du péritoine.*

OBSTRUCTION COMPLÈTE DU TUBE DIGESTIF PENDANT VINGT JOURS CHEZ UNE FEMME AGÉE DE CINQUANTE-TROIS ANS; TYMPANITE, ACCIDENS GRAVES, VOMISSEMENS, ETC.; IMPOSSIBILITÉ ABSOLUE DE TROUVER LE SIÉGE PRÉCIS DE L'OBSTACLE; ÉTABLISSEMENT D'UN ANUS ARTIFICIEL DANS LA RÉGION LOMBAIRE GAUCHE, EN OUVRANT L'INTESTIN COLON SANS INTÉRESSER LE PÉRITOINE; GUÉRISON.

Obs. — Madame B..., âgée de 53 ans, d'une forte constitution, a toujours joui d'une bonne santé; réglée à 14 ans, mariée à 24, elle a eu trois enfans qu'elle n'a pas nourris. Ses règles ont cessé il y a quatre ans, et vers cette époque elle a eu quelques pertes sanguines. Jamais elle n'a éprouvé aucun symptôme indiquant une affection de la matrice.

Les garderobes ont été régulières et faciles jusqu'au mois d'avril 1843. Alors survint de la constipation qu'on fut obligé de combattre par des lavemens dont la malade n'avait presque jamais fait usage avant ce temps. Depuis quatre mois surtout, cet état s'est aggravé, et la malade a ressenti des coliques assez vives.

Il y a deux mois environ, les coliques sont devenues plus vives encore et plus fréquentes; les matières rendues à la suite de l'administration des lavemens étaient, d'après le dire des parens, minces, aplaties, rubanées et entourées de glaires et de sang. Les gaz expulsés produisaient un bruit très fort.

Les garderobes étant devenues de plus en plus difficiles, et les lavemens étant insuffisans, on fut obligé d'avoir recours aux purgatifs tels que l'huile de ricin, les pilules écossaises, etc.

A partir du 12 juin, il n'y a plus eu de garderobes, ni d'expulsion de gaz, malgré tous les moyens auxquels on a eu recours; ainsi l'huile de ricin, l'huile de croton tiglium, les lavemens purgatifs, etc., furent administrés sans résultat; le ventre s'est distendu et ballonné lentement; des vomissemens sont survenus, ainsi que des coliques et des douleurs aiguës très vives, ayant constamment leur siége autour de l'ombilic.

Le 26 juin 1844, je fus appelé, auprès de la malade, par mon honorable confrère le docteur Sédillot, qui jusqu'alors avait dirigé le traitement avec autant de soin que d'habileté. Déjà M. Marjolin, appelé en consultation quelques jours auparavant, avait conseillé des douches ascendantes, et il avait émis l'opinion qu'il faudrait peut-être avoir recours à l'opération de l'anus artificiel.

Il y avait quatorze jours d'interruption complète du tube digestif. Le ventre est distendu par des gaz et sonore dans tous ses points. Aucune tumeur n'est appréciable par la palpation. Le toucher par le rectum ne fait reconnaître aucun obstacle. Dans toute l'étendue de cet intestin parcourue avec le doigt, on constate que la muqueuse est saine. Par le vagin, on trouve que le col de l'utérus est un peu abaissé et que le fond de l'organe appuie sur le rectum comme dans la rétroflexion. Aucune sensibilité anormale de ce côté.

Nous convînmes de continuer les douches ascendantes et d'employer pour calmer les douleurs vives qui empêchaient la malade de goûter un instant de repos, des embrocations sur le ventre avec un liniment d'huile d'amandes douces et de laudanum.

Le 27, l'état de la malade n'a changé en aucune manière; les douches ont été administrées plusieurs fois dans la journée d'hier; mais le liquide est ressorti sans entraîner de matières fécales; on y trouve des glaires et des détritus de tissus organiques. Il n'est pas sorti de gaz par l'anus.

Le 28, le ventre est toujours distendu et ballonné; il serait par conséquent assez difficile de constater la présence d'une tumeur qui indiquerait le point malade de l'intestin. Mesuré au niveau de l'ombilic, il offre un développement circulaire de 83 centim., mesure égale à celle prise la veille. Du reste, même état de la malade: douleurs, coliques vives, vomissemens bilieux, malaise général, nausées, insomnie continuelle; pouls à 96 pulsations. Continuation des douches et des calmans.

L'établissement d'un anus artificiel paraît être de plus en plus indiqué, et nous nous rattachons à cette idée qu'il faudra inévitablement, sans doute, mettre à exécution dans un court délai. Mais ici nous sommes encore en présence de difficultés semblables à celles qui se sont présentées dans la plupart des cas où nous avons pratiqué cette opération, puisque nous ne connaissons ni le siége, ni la nature de l'obstacle au cours des matières fécales et des gaz.

Nous sommes donc dans un doute absolu sur la question de savoir, non pas si l'opération doit être pratiquée, car elle est devenue indispensable; mais dans quel point elle devra être faite. Ouvrirons-nous le colon lombaire gauche? ou bien dans la crainte de rester au-dessous de l'obstacle en agissant de ce côté, ouvrirons-nous le colon lombaire droit? Néanmoins en tenant compte des antécédens de la malade, assez vagues, il est vrai, nous pensons qu'il s'agit plutôt d'une obstruction chronique du gros intestin, vers sa partie inférieure, que d'un étranglement aigu, puisque la constipation existe depuis assez longtemps, qu'elle a toujours été en augmentant et qu'enfin la malade a rendu depuis deux mois environ, non sans beaucoup d'efforts, après les lavemens, des matières rubanées, aplaties et entourées de glaires et de sang. En se rappelant aussi que les affections organiques du gros intestin, donnant lieu à la tympanite et à la rétention des matières fécales, ont habituellement leur siége à la

réunion de l'S iliaque et du rectum, nous pouvons espérer qu'il en est ainsi dans ce cas et que l'opération pourra être pratiquée sur le colon lombaire gauche. Mais il nous reste encore un moyen de lever nos doutes à cet égard. Il faut savoir quelle est la quantité de liquide qui peut être introduite dans l'intestin par une injection forcée donnée sous forme de lavement.

Disons, au reste, que l'indication de l'opération était bien évidente, mais qu'il n'y avait pas une nécessité impérieuse à la pratiquer sans retard, l'état de la malade n'étant pas assez grave pour tirer parti d'une ressource, précieuse il est vrai, mais dont on ne doit se servir qu'après avoir reconnu que sans elle la mort est inévitable et prochaine. Et pourtant, il faut savoir tenir un juste-milieu entre l'empressement et la temporisation. .

Le 29 juin, même état que la veille ; nausées, pas de vomissemens. Les lavemens ont été continués, ainsi que les douches ascendantes avec l'appareil Bizet. Dans le liquide rendu, on trouve un résidu de matière organique en morceaux et en détritus, sans aucune trace de matières fécales.

On essaie les lavemens forcés, non dans le but de chercher à vaincre l'obstacle, seulement pour évaluer, par la quantité de liquide qui pourra être introduite, la hauteur à laquelle se trouve l'obstruction. De tous les signes qui peuvent éclairer le diagnostic sous ce point de vue, celui-ci est en effet le meilleur.

La malade étant placée les jambes à terre, le ventre appuyé sur le bord de son lit et le dos tourné de notre côté, un lavement a été introduit et gardé facilement ; mais un second n'a pu être introduit entièrement, et bien qu'on serrât fortement avec les mains les fesses de la malade, le liquide s'échappait. On a constaté ainsi qu'un lavement et un tiers avec une *seringue ordinaire* constituaient la quantité de liquide reçue dans l'intestin et conservée quelques minutes.

La malade a rendu le lavement sans mélange de détritus et de matières ; une partie du liquide introduit dans le rectum n'est pas ressortie; car, en comparant la quantité rendue avec la quantité introduite, on trouve qu'un tiers de cette dernière a disparu.

Les coliques et les douleurs ont été plus vives que les jours précédens.

Le 30 juin, même état. La malade demande avec instance à être opérée. Bien que la distension du ventre n'ait pas augmenté, les coliques ont été parfois beaucoup plus vives que les jours précédens ; il n'y a pas eu de vomissemens. Les douches ascendantes et les lavemens n'ont amené aucun résultat.

La volonté de la malade étant formellement exprimée, et d'ailleurs l'inefficacité des moyens employés jusqu'ici étant bien démontrée, nous résolûmes d'avoir recours à l'opération le lendemain.

Mais, pour nous éclairer encore et fortifier nos idées, nous profitâmes du séjour momentané à Paris du célèbre professeur Crampton (de Dublin) pour l'inviter à venir examiner la malade et nous dire ce que ses lumières et sa longue expérience lui indiqueraient de faire dans un cas aussi obscur et aussi difficile.

Le 1er juillet 1844 se trouvèrent réunis, chez Mme B..., MM. Crampton, Mac-cloughlin, Barthez de Gray, Sédillot, L. Boyer, Fils, A. Amussat et Le Vaillant. Après que nous eûmes résumé les antécédens, M. Crampton examina la malade avec le plus grand soin et sous tous les rapports. L'exploration du ventre, la percussion ne lui indiquèrent pas qu'un point de l'abdomen, plutôt qu'un autre, fût le siége de la maladie. Le toucher par le rectum et par le vagin ne lui fit rien découvrir, non plus, qui fût de nature à préciser le siége et la nature de l'obstacle au cours des gaz et des matières; il trouva que le col de l'utérus était abaissé et que le fond de cet organe appuyait sur le rectum, ce que nous avions déjà constaté plusieurs fois.

L'abdomen est distendu comme la veille. La mesure prise est exactement la même.

La malade est décidée à être opérée; elle craint même que la consultation qui va avoir lieu ne retarde ce qu'elle appelle le moment de sa délivrance.

M. Crampton, invité à formuler son opinion, la résuma en disant que si l'on doit, dans ce cas, pratiquer un anus artificiel, ce que son expérience personnelle ne lui permet pas de décider, parce que jamais il n'a fait cette opération dans des circonstances semblables, il ne faut pas attendre, dans la crainte de l'inflammation qui pourrait survenir dans les points malades de l'intestin et s'étendre au péritoine, conséquence inévitable, si l'on n'agissait promptement, et qui ôterait la possibilité de recourir à une opération qu'il approuve d'après les faits que nous avons publiés.

Les autres personnes présentes ayant unanimement partagé l'avis parfaitement motivé de ce chirurgien distingué, la question de l'opportunité de l'opération ayant été résolue, l'on discuta celle relative au point que l'on devait choisir pour établir l'anus artificiel.

D'une part, après avoir tenu compte :

De la chronicité, si nous pouvons nous exprimer ainsi, de la maladie qui a amené l'obstruction complète du tube digestif, état chronique démontré par la constipation, qui a toujours été en augmentant;

De l'extrême fréquence des rétrécissemens ou d'une lésion organique vers la fin de l'S iliaque, relativement aux cas où un obstacle a son siége dans d'autres points des intestins;

De l'absence des vomissemens de matières fécales, vomissemens ordinairement très fréquens dans le cas où une affection organique ou autre occupe les intestins grêles ou la partie supérieure du gros intestin;

Enfin, *de l'impossibilité d'administrer plus d'un lavement et un tiers*, ce qui tend à prouver que l'obstruction n'est pas très éloignée de l'anus;

D'autre part, en considérant les avantages d'un anus artificiel établi sur le colon lombaire gauche, avantages que je comparerai tout à l'heure aux inconvéniens d'un anus artificiel sur le colon lombaire droit..., il fut décidé que, malgré

nos appréhensions fondées sur le peu de certitude du siége de l'obstacle qui pouvait être placé plus haut que nous le supposions, l'opération serait pratiquée sur le côté gauche.

Un lit de sangle assez élevé, placé au milieu de l'appartement, fut recouvert de matelas; la malade ayant été placée dessus, on l'engagea à se tenir couchée sur le ventre; et afin de faire saillir le plus possible les régions lombaires, on glissa sous elle plusieurs oreillers attachés ensemble.

Le côté gauche ne paraît pas plus proéminent que le côté droit.

Après avoir marqué avec des lignes à l'encre l'espace circonscrit en bas par la crête de l'os des îles, en haut par le rebord de la dernière fausse côte, en arrière par le bord externe de la masse commune des muscles sacro-lombaire et long dorsal, je pratiquai au milieu de cet espace une incision transversale de trois à quatre pouces, que j'étendis peu à peu en profondeur jusqu'à l'aponévrose du muscle transverse. Trois petites artères divisées pendant ce premier temps de l'opération furent tordues; puis j'incisai avec précaution l'aponévrose du muscle transverse; aussitôt un peloton graisseux s'échappa par l'ouverture faite à cette membrane, et se déploya comme une anse intestinale herniée. J'incisai en travers cette masse graisseuse, cette espèce de coque, et je vis une surface rougeâtre. Pour m'assurer si cette surface appartenait bien au colon que je voulais ouvrir, j'explorai avec soin, minutieusement, les tissus voisins, sans décoller les parties, et j'arrivai à constater que cet intestin devait en faire partie, puisque le carré des lombes mis à découvert dans son bord externe avait le rapport que nous lui connaissons avec le colon. Cependant, je n'étais pas convaincu que ce fût le colon. Mais en faisant éponger la plaie et en la nettoyant à l'aide d'un filet d'eau, j'aperçus en dehors, sur la portion d'intestin qui s'offrait à ma vue, *un corps jaunâtre mobile*, pendant les mouvemens respiratoires, placé sous le péritoine et paraissant s'arrêter à la limite de cette membrane.

J'hésitais encore à pratiquer la ponction de cette portion intestinale mise à découvert; car, bien qu'elle me parût, par sa position, par ses rapports avec les parties voisines, appartenir au colon lombaire, il m'était impossible d'acquérir la certitude que ce ne pouvait être que cet intestin et non pas une anse d'intestin grêle; néanmoins, comme j'étais un peu rassuré par l'idée d'avoir vu les limites du péritoine en dehors, je me déterminai à traverser l'intestin avec une aiguille courbe enfilée d'un fil ciré, en arrière du point où je croyais que s'arrêtait le péritoine. J'enfonçai ensuite dans l'intestin un ténaculum à manche, et je l'incisai verticalement avec des ciseaux courbes, entre le fil et le ténaculum. Aussitôt, j'entendis un sifflement très fort produit par les gaz, et un instant après j'aperçus des matières fécales jaunâtres. Etant donc rassuré sur le résultat de l'opération, ou plutôt ayant atteint le but que je m'étais proposé, j'agrandis sans crainte, avec des ciseaux, l'ouverture faite à l'intestin,

ce qui permit aux gaz et aux matières fécales de sortir facilement. La malade éprouva de suite un soulagement notable par le fait de cette évacuation. Enfin, pour terminer l'opération qui avait réussi au-delà de toutes mes espérances ; car je redoutais de me trouver en face de difficultés beaucoup plus grandes que celles que j'ai rencontrées, difficultés et perplexités qu'on ne comprend bien que lorsqu'on les a éprouvées en pratiquant cette opération..., je fixai l'intestin à la peau, au moyen de trois points de suture entrecoupée, après l'avoir attiré dans la partie antérieure de la plaie.

Une injection, faite dans l'intestin par l'anus artificiel, permit aux matières de s'échapper avec abondance.

Je n'ai pas cru devoir réunir par des points de suture la partie postérieure de la plaie, parce que dans un cas semblable, où j'avais agi ainsi, je fus obligé de désunir la plaie pour donner une libre issue au pus et aux matières qui séjournaient au-dessous.

Cette opération a été admirablement supportée par la malade qui a fait preuve d'un courage bien rassurant pour un opérateur. Remise dans son lit, après avoir été nettoyée, son pouls n'était ni plus faible, ni moins fort, ni plus accéléré qu'avant l'opération.

Le soir, calme parfait ; il n'y a pas eu de vomissemens ; des matières fécales en abondance sont sorties par l'anus artificiel.

Le lendemain 2 juillet, la nuit a été assez bonne, mais le sommeil a été presque continuellement interrompu par les pansemens qu'on a été obligé de faire, à cause de la quantité énorme de matières fécales qui sont sorties par l'anus lombaire. La malade a ressenti quelques coliques ; elle n'a pas eu de vomissemens ; le ventre est souple, insensible à la pression et affaissé comme dans l'état normal ; le pouls est à 80-85. Quelques heures de sommeil dans la matinée ont procuré à la malade une satisfaction qu'elle n'avait pas éprouvée depuis dix ou douze jours. Elle nous dit, à cette occasion, que si elle n'avait pas eu d'enfans, elle se serait jetée par la fenêtre pour mettre un terme à ses horribles souffrances que rien n'avait pu calmer : elle ajoute que dans certains momens, oubliant sa famille, elle aurait voulu pouvoir saisir la petite fiole qui contenait le laudanum dont on mettait quelques gouttes sur les cataplasmes, pour l'avaler et en finir avec son existence qui lui était devenue insupportable. Aussi attendait-elle l'opération avec une grande impatience. Sa fille nous dit qu'elle comptait les heures avant notre arrivée, comme s'il se fût agi pour elle d'un événement heureux.

Le 3 juillet, visage calme, pas de fièvre ; il y a eu quelques heures de sommeil pendant la nuit. Coliques légères partant de l'hypogastre, contournant l'ombilic, venant se terminer vers l'anus artificiel et suivies immédiatement de la sortie de gaz et de matières fécales. Cet effet est probablement produit par le mouvement antipéristaltique qui tend à faire remonter jusqu'à l'ouverture du

colon lombaire gauche, les matières et les gaz arrêtés par l'obstacle que nous supposons exister dans l'S iliaque.

Le 4 juillet, pouls à 76 pulsations. Le ventre est aplati et insensible à la pression. La plaie est vermeille (elle avait été recouverte les jours précédens de charpie imbibée d'une décoction de kk) et offre le meilleur aspect possible. L'une des sutures s'est détachée. La malade a rendu, par l'*anus normal*, des gaz qui ont produit un bruit très fort.

Le 5, l'état de la malade est de plus en plus satisfaisant.

Les jours suivans, il est sorti par l'anus normal des matières fécales, mais en petite quantité, ce qui n'a pas empêché les évacuations par la voie artificielle qu'il ne faut pas chercher à fermer, car le passage des matières par l'anus n'a été que temporaire et je n'ose espérer qu'il se rétablisse entièrement.

Aujourd'hui, trente jours après l'opération, la plaie est cicatrisée, l'anus artificiel est maintenu fermé par un bouchon de cire dans l'intervalle des évacuations. Enfin l'état actuel de madame B... fait espérer que l'opération qu'elle a subie aura un succès durable, puisque nous n'avons pas encore découvert de traces d'une affection organique capable de compromettre son existence.

Cette observation confirme tout ce que j'ai avancé déjà dans les différens mémoires que j'ai publiés sur le même sujet ; elle m'encourage beaucoup, et elle doit encourager les praticiens à ne pas craindre de la répéter au lieu de laisser mourir les malades, comme on le fait encore trop souvent.

Le diagnostic de l'occlusion du gros intestin basé sur les antécédens, c'est-à-dire sur les vomissemens, sur la suppression des selles et des gaz, sur la sortie de glaires, de sang et de putrilage par l'anus est donc bien établi par tous ces signes.

Par conséquent, on peut désormais se fier à ce diagnostic, lors même qu'il n'y a aucun autre indice, c'est-à-dire absence de douleur, de tumeur et d'obstacle par le toucher, et le fait qu'on vient de lire est en faveur de la possibilité de préciser le diagnostic malgré les plus grandes difficultés.

Relativement au siége de l'obstacle, il ne suffit pas de savoir qu'il a lieu dans le gros intestin; il importe aussi beaucoup de s'assurer à peu près à quelle hauteur il se trouve, afin de se décider à opérer à gauche ou à droite.

On est souvent fort embarrassé pour s'assurer de ce fait; ni le toucher, ni la percussion, ni les douches, ni même les grandes sondes qui sont presque toujours illusoires et dangereuses ne peuvent résoudre la difficulté. Il reste encore un moyen que je n'ai pas encore employé, c'est la

ponction exploratrice avec un petit trocart. Peut-être pourra-t-on employer ce moyen dans d'autres cas semblables si l'on reconnaît qu'il ne présente pas d'inconvéniens. Alors il faudrait pratiquer deux ponctions ; l'une dans l'intestin grêle, l'autre dans le gros intestin. Ce moyen pourrait permettre d'attendre et faire reconnaître dans quelques cas le siége d'une tumeur dans un des points du ventre, tumeur qu'il est impossible d'apprécier lorsque le ventre est ballonné et distendu à un certain degré par des gaz et l'accumulation des matières fécales. Mais dans ce cas ce moyen n'eût servi à rien, puisque le ventre étant affaissé maintenant, son exploration ne fait reconnaître aucune tumeur. Il en eût été de même dans un autre cas que j'ai publié.

Lorsque rien ne peut indiquer le siége précis de l'obstruction du gros intestin, le lavement administré avec le plus grand soin est le seul moyen que j'aie trouvé pour m'assurer à quelle hauteur se trouve l'obstacle. Du reste, les signes fournis jusqu'à présent par la quantité d'eau injectée dans le rectum et pouvant être conservée quelques instans par les malades ont été très concluans, et dans ce cas, comme dans les autres que j'ai publiés, ils n'ont pas été *trompeurs*.

Puisque sans aucun autre indice que le lavement, sans douleur, sans tumeur, sans obstacles appréciables, ni par le toucher par le rectum et par le vagin, ni par la palpation, nous avons pensé que l'occlusion était dans la dernière portion de l'S iliaque, et que nous avons opéré avec succès dans la région lombaire gauche, nous pouvons en conclure que ce renseignement suffit pour se décider, en l'absence de tout autre, à opérer à gauche ou à droite ; mais il faut être en garde sur l'administration du lavement, et le faire donner devant soi, avec le plus grand soin, c'est-à-dire avec toutes les précautions indiquées dans cette observation.

Relativement à l'opération, ce fait prouve qu'elle n'est pas aussi difficile qu'on pourrait le croire et le craindre. Tous les temps, dans celle-ci, ont été aussi simples que possible ; les *repères* ont été parfaitement exacts ; ils ne nous ont point trompés.

Ainsi après l'incision de l'aponévrose du muscle transverse, le coussinet graisseux s'est montré et a fait hernie.

Après l'incision du coussinet graisseux, l'intestin a été aperçu immédiatement ; mais, il faut le dire, il ne présentait pas les caractères distinctifs du gros intestin.

Enfin, après avoir lavé la plaie, une tache jaune, probablement l'épi-

ploon ou une appendice graisseuse allant et venant par les mouvemens du ventre sous la réflexion du péritoine, nous a avertis du danger et le bord du carré nous a fixés sur le point précis où il fallait ouvrir l'intestin.

Dans tous les cas, il est fort utile avant de se décider à attaquer l'intestin de laver et d'éponger avec soin la plaie, afin de pouvoir mieux observer les parties et chercher à distinguer l'espace celluleux ou intermédiaire aux deux replis du péritoine. En faisant faire des efforts au malade ou en pressant légèrement le ventre, on pourra peut-être, comme dans ce cas, reconnaître le point où se réfléchit le péritoine.

L'ouverture de l'intestin est le point capital dans l'opération. Après avoir bien pris ses dimensions, je pense que, pour la faire, il vaut mieux tenir l'intestin avec deux ténaculum, que de se servir d'un seul de ces instrumens et du fil qui a été placé préalablement.

Ici, nous avons pu facilement comparer les avantages de l'incision transversale que j'avais déjà proposée dans la RELATION DE LA MALADIE DE BROUSSAIS (p. 42) et que j'ai substituée définitivement à l'incision verticale proposée par Callisen. Sans elle, je n'aurais pas pu étudier aussi bien cette tache jaune, qui m'indiquait la limite du péritoine, éviter cette membrane et me diriger plus sûrement. C'est donc là un avantage incontestable qui permet d'observer l'intestin dans une plus grande étendue et de choisir le lieu où il doit être ouvert.

Dans ce cas, on a pu apprécier les avantages de la torsion des artères, puisqu'avec elle on se dispense d'un aide et on n'est pas obligé de se servir d'un fil. C'est une ressource précieuse et infiniment préférable à la ligature sous tous les rapports, qu'il me soit permis de le dire encore à cette occasion. Tous les assistans ont pu apprécier l'avantage de manœuvrer seul et vite au fond d'une grande plaie et de pouvoir continuer l'opération sans être embarrassé par des fils. Ainsi avec des pinces, je me suis débarrassé promptement de l'écoulement incommode du sang.

Du reste, les artères lombaires sont en général très petites, et par l'incision transversale on peut les épargner autant que possible ; aussi est-on rarement forcé de les tordre.

Au premier abord, on pourrait croire que la plaie était trop grande en arrière, surtout en voyant l'anus artificiel placé fort en avant dans l'angle antérieur de la plaie ; mais quand on réfléchit à l'importance de se guider sur le carré lombaire, on comprend pourquoi la plaie doit être étendue en arrière, en longueur et en profondeur. Doit-on chercher à réunir cette

partie de la plaie ? Je ne le pense pas, parce que cette réunion serait difficile à pratiquer avec des sutures simples et parce qu'elle ne permettrait pas de nettoyer convenablement une plaie, qui demande à être entretenue dans un état de propreté extrême.

Relativement aux sutures de l'intestin avec la peau, je crois qu'elles sont utiles pour fixer l'anus artificiel dans la partie antérieure de la plaie. Dans toutes les opérations que j'ai pratiquées, j'ai obtenu ce résultat, et pourtant les sutures, qui ne tiennent que trois ou quatre jours, n'empêchent pas la rétraction de l'intestin ; mais ce temps est suffisant pour faire adhérer l'anus artificiel dans l'angle antérieur de la plaie.

Les suites de l'opération ont été extrêmement simples. La malade n'a pas eu de fièvre. Serait-ce parce que j'ai moins attendu pour opérer que dans tous les autres cas? Cela est probable ; mais n'oublions pas que le péritoine n'a pas été ouvert, pour nous rendre compte de l'innocuité de cette opération, mieux démontrée encore par ce dernier fait que par tous ceux que j'ai observés. Et cependant je craignais les suites de l'opération, dans un moment où il régnait à Paris une épidémie de fièvres graves et d'érysipèles.

Il faut ajouter encore, pour expliquer le calme et l'absence de fièvre, que la malade désirait ardemment l'opération, qu'elle l'a acceptée comme un bienfait..., et que le soulagement qu'elle en a obtenu a soutenu son courage et entretenu son état moral dans des idées on ne peut plus favorables au succès complet de toutes les opérations.

Plusieurs jours après l'établissement de l'anus artificiel, des gaz sont sortis par l'anus normal, et plus tard la malade a rendu des matières fécales par cette voie. On peut expliquer ce fait de deux manières : ou bien le rétrécissement organique gonflé à l'excès s'est dégonflé et a permis aux gaz et aux matières de passer au-dessous, comme cela arrive pour l'urine dans les cas de rétrécissemens de l'urètre ; ou bien il s'est établi une voie latérale par la soudure des deux portions intestinales au-dessus et au-dessous du rétrécissement, et par une ulcération, au centre de cette soudure, de cet adossement ; l'on conçoit qu'il peut en être ainsi, en examinant la pièce recueillie chez Talma, et en lisant la relation d'une observation que j'ai publiée dans mon deuxième mémoire sur l'anus artificiel.

Quoi qu'il en soit, je n'espère pas encore que les matières fécales reprendront leur cours par l'anus normal, et qu'il sera possible de suppri-

mer l'anus artificiel. Aussi n'ai-je pas osé jusqu'à présent favoriser la tendance de la nature à rétablir la voie normale, autrement que par de petits lavemens, parce que je crains de troubler le travail de la cicatrice et peut-être de nuire à mon opérée.

J'ai dit, dans le cours de cette observation, qu'il n'était pas indifférent d'établir un anus artificiel sur le colon lombaire gauche ou sur le colon lombaire droit. Et d'abord, énumérons les cas dans lesquels on est forcé d'ouvrir une voie artificielle sur le côté droit :

1° Quand on a la certitude que l'obstacle au cours des gaz et des matières fécales est situé à une grande hauteur dans le gros intestin ;

2° Lorsque l'on reste dans un très grand doute sur le siége de l'obstruction, malgré la quantité de liquide qui peut être introduite dans le rectum ;

3° Lorsque la maladie ayant été reconnue à gauche dans le gros intestin, on craint d'opérer dans le voisinage de parties déjà si disposées à l'inflammation.

Pour établir le diagnostic dans les deux premiers cas, les lavemens forcés doivent être employés en première ligne, et cependant ce moyen peut ne pas mettre à l'abri de l'erreur, parce qu'il existe des personnes atteintes d'une irritation chronique du gros intestin, qui, dans l'état ordinaire de leur santé, peuvent à peine recevoir un lavement entier. Or, si une obstruction de l'intestin survenait chez ces personnes, on ne pourrait pas conclure, de ce qu'elles ne peuvent recevoir qu'un seul lavement, que cette obstruction a son siége très près de l'anus ; mais, en dehors de ces cas rares, si un malade, atteint d'une tympanite et d'une interruption complète du tube digestif, peut recevoir une grande quantité de liquide par le rectum, on est autorisé à penser, et jusqu'à présent les faits que j'ai observés m'ont confirmé dans cette idée, que l'obstacle est à une grande hauteur. De même que si, dans des circonstances pathologiques semblables, un malade ne peut recevoir qu'un seul lavement, on doit en conclure que l'interruption du canal digestif a son siége dans un point assez rapproché du rectum.

Enfin, je n'ai pas besoin de dire que le diagnostic serait parfaitement établi, dans le troisième cas, si, par le toucher, par la palpation, par la percussion, on avait constaté l'existence d'une tumeur dans la région lombaire gauche, ou dans la fosse iliaque, et qui aurait fini par obturer l'intestin. Mais si le ventre était très ballonné, il serait difficile, sinon

impossible, de reconnaître la présence de la tumeur, et alors le lavement forcé, indiquant à peu près la hauteur de l'obstacle, ne permettrait pas d'opérer à gauche, dans un point trop rapproché de l'obstruction.

Lorsqu'on a été forcé d'opérer à droite par les raisons que j'ai indiquées, l'anus artificiel est suivi d'inconvéniens qu'on retrouve à un degré infiniment moindre lorsqu'il a été établi à gauche, et ces inconvéniens proviennent surtout de la grande étendue du mouvement antipéristaltique qui peut avoir lieu et que j'ai remarqué plusieurs fois. Ce mouvement, par lequel la portion du gros intestin, devenue inutile par le fait de l'opération, cherche à se débarrasser des matières fécales, qui, malgré l'ouverture artificielle, ont été entraînées par le mouvement péristaltique, est très douloureux ; les matières s'accumulent, reviennent difficilement pour sortir par l'anus artificiel ; le colon transverse s'abaisse, et malgré les purgatifs et les lavemens, les malades éprouvent une gêne très grande. J'ai même été obligé, dans plusieurs cas de ce genre, de débarrasser l'intestin des matières fécales, en les retirant avec une longue curette de bois. Il faudrait donc pouvoir, lorsqu'on a été obligé d'opérer à droite, établir un éperon capable de s'opposer à l'ascension des matières au-dessus de l'anus artificiel ; mais jusqu'à présent je pense que les avantages présumés de cette opération secondaire ne doivent pas faire oublier les dangers que son exécution pourrait présenter. D'ailleurs l'intestin est attaché et fixé trop solidement à la paroi abdominale pour que l'on puisse compter sur la réussite de ce moyen. Je pense donc qu'il faut y renoncer.

Jusqu'à présent l'anus artificiel établi chez la malade qui fait le sujet de cette observation ne présente aucune tendance à livrer passage à la muqueuse intestinale, ou, en d'autres termes, la muqueuse ne tend pas à s'invaginer. Chez les malades que j'ai opérés, je n'ai jamais observé cette disposition fâcheuse qui se rencontre très fréquemment à la suite des opérations par la méthode de Littre. Ainsi, M. Foullioux (de Brest), qui a vu la plupart des opérés de Duret et des autres chirurgiens de cette ville, m'a assuré qu'il existe chez tous une invagination plus ou moins grande. Peut-être cela tient-il au procédé, et d'ailleurs je me range à l'opinion de M. Foullioux, qui pense que l'intestin ouvert par le procédé de Littre étant flottant dans l'abdomen et fixé seulement à l'ouverture de la peau est placé dans des conditions qui permettent beaucoup plus facilement l'invagination que lorsque l'anus artificiel est établi sur des intestins solidement fixés à la paroi abdominale, comme le sont les colons lombaires. Telle me pa-

rait être la seule cause de la différence à l'avantage de mon procédé. J'ajouterai que les malades opérés par la méthode de Littre sont soumis à une incontinence presque complète des matières fécales, tandis que tous les malades que j'ai opérés sont constipés et qu'ils éprouvent le besoin d'aller à la garderobe. Dans ces conditions, ils ne sont pas un objet de dégoût pour eux-mêmes et pour les personnes qui les entourent, comme s'ils avaient une incontinence des matières fécales. L'ouverture étroite de l'intestin est aussi une circonstance qui empêche le passage continuel et involontaire des matières.

En résumé, c'est la neuvième opération d'anus artificiel que j'ai pratiquée par mon procédé, c'est-à-dire par l'incision transversale de la région lombaire pour ouvrir les colons sans intéresser le péritoine, trois fois sur des enfans, six fois sur des adultes. Les enfans étaient atteints d'imperforation de l'anus, et j'ai opéré à gauche avec succès ; les adultes étaient atteints d'obstruction du tube digestif; trois fois j'ai opéré à gauche et trois fois à droite.

Après la relation du fait que je viens de lire, je vais avoir l'honneur de soumettre à l'Académie quelques considérations d'anatomie pathologique chirurgicale qui fortifient complètement les idées sur lesquelles repose l'opération de l'entérotomie lombaire par mon procédé.

Dans les différens mémoires que j'ai publiés sur ce sujet, j'ai seulement indiqué le point capital, c'est-à-dire *la distension de l'intestin par la maladie qui exige l'opération;* mais aujourd'hui, après avoir rassemblé tout ce que je possède sur l'anatomie pathologique chirurgicale, c'est-à-dire sur l'état du colon lombaire et ses rapports dans les cas d'obstruction du gros intestin, je puis compléter la démonstration de ce fait et l'établir sur des bases plus certaines encore, sur des résultats d'autopsies d'adultes et d'enfans morts de tympanite stercorale.

Longtemps on a pensé que l'espace celluleux du mésocolon lombaire gauche était trop étroit et trop variable pour permettre de tenter d'ouvrir l'intestin de ce côté ; il est juste de dire que les essais infructueux de Callisen et de Duret de Brest, et l'examen trop superficiel des chirurgiens qui se sont occupés de cette question avaient accrédité cette erreur, qui provient essentiellement de ce que les colons lombaires ont été exa-

minés étant vides. Déjà, en 1838, dans la relation de la maladie de Broussais (p. 43), j'avais insisté sur ce point important.

Des études d'anatomie chirurgicale m'ont conduit à trouver l'idée capitale, c'est-à-dire un large espace celluleux dépourvu de péritoine ; j'ai démontré ce fait d'abord par l'insufflation de l'intestin, par le succès de mes opérations et aussi par des faits d'anatomie pathologique.

J'ai montré, dans une planche que j'ai mise sous les yeux de l'Académie, l'intestin colon lombaire gauche d'une femme qui a succombé, sans avoir été soumise à aucune opération, quarante-six jours après une interruption complète du tube digestif, causée par un cancer de la partie inférieure de l'S iliaque. Le colon étant fortement distendu, l'espace dépourvu de péritoine en arrière est très large, et l'opération de l'entérotomie lombaire par mon procédé aurait pu être pratiquée facilement et avec succès.

Chez les enfans imperforés, la distension du colon lombaire gauche par le méconium développe, comme sur l'adulte, l'espace celluleux en proportion du volume qu'acquiert l'intestin distendu. J'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie plusieurs dessins représentant les gros intestins d'enfans morts par suite d'une imperforation du tube digestif, et j'ai constaté le fait que je viens de signaler. C'est donc un résultat constant fourni par l'anatomie chirurgicale pathologique, et qui confirme la possibilité de l'opération sans ouvrir le péritoine, même chez les enfans.

Il n'est pas inutile de rappeler ici les principales objections qui m'ont été adressées dès le principe de mes idées sur l'établissement d'une voie artificielle dans la région lombaire. Ainsi, sans tenir compte de la distension de l'intestin, lorsque l'opération est indiquée, on me disait que le méso-colon lombaire était si variable, qu'on ne pouvait sans témérité tenter d'ouvrir l'intestin par sa face postérieure.

De même pour la possibilité de la lithotripsie avec des instrumens droits ; sans s'arrêter à mes objections fondées sur la manière vicieuse de constater la direction de l'urètre en insufflant la vessie et le rectum, on me disait qu'il était impossible d'introduire des instrumens droits dans un canal recourbé en S, et on me renvoyait aux pièces des cabinets d'anatomie de l'école.

Mais il existe encore un autre point d'analogie entre les objections adressées à ces deux opérations, c'est qu'après avoir été obligé d'accepter mes idées sur l'adulte, on s'est retranché sur les enfans et pour la lithotripsie et pour l'entérotomie lombaire.

Et qu'il me soit permis de faire encore un rapprochement curieux. C'est en désinsufflant la vessie et le rectum, que l'on distendait toujours, que j'ai été conduit à démontrer qu'on pouvait introduire des brise-pierres droits dans la vessie; et c'est, au contraire, en insufflant les gros intestins que j'ai établi la possibilité d'ouvrir les colons dans la région lombaire, sans pénétrer dans le péritoine.

Enfin, pour la vessie, on n'avait pas calculé l'impossibilité de la distendre par l'injection ou l'insufflation, afin de favoriser la *cystotomie sus-pubienne*, parce que, dans le plus grand nombre des cas où l'on pratique cette opération, la vessie est dure et hyperthrophiée.

Pour le colon, au contraire, on n'avait pas compté sur l'effet inévitable de la maladie, qui produit naturellement ce qu'on pouvait désirer.

Enfin, le point essentiel étant établi dans cette note, puisque j'ai prouvé que l'espace celluleux est constant en arrière des colons lombaires, lorsque l'opération est indiquée, il ne me paraît pas nécessaire d'insister sur d'autres points que j'ai traités dans un autre mémoire; qu'il me suffise de dire seulement que l'anatomie chirurgicale extérieure à l'intestin est invariable et qu'elle ne change pas : les rapports sont les mêmes; il suffit de se rappeler la dernière côte, la crête iliaque, l'aponévrose postérieure du transverse, le coussinet graisseux et le bord externe du carré lombaire, pour se diriger sur le point de l'intestin que l'on doit ouvrir.

Relativement à l'opération, je l'ai suffisamment indiquée dans mes précédens mémoires; cependant je tiens encore à insister ici sur le temps le plus important et le plus embarrassant, c'est l'ouverture du colon lombaire, puisqu'il faut se décider à l'attaquer sans avoir d'autre certitude que celle qui résulte de sa position constante, et, je dois le dire, rien n'indique positivement que c'est bien le gros intestin; je n'ai trouvé jusqu'à présent aucun caractère distinctif. Cependant l'observation que j'ai faite sur ma dernière opérée, d'une tache jaune indiquant la réflexion du péritoine en dehors de l'intestin, me paraît d'une grande importance et pourra, j'espère, se représenter et servir de guide dans des cas analogues.

Du reste, neuf fois déjà j'ai réussi sans ouvrir le péritoine et deux fois sans que l'intestin fût distendu. La première fois sur M. T..., mon deuxième opéré, l'intestin était contracté. La deuxième fois, sur la malade qui fait le sujet principal de cette lecture, il n'y avait qu'une demi-distension.

Le danger d'ouvrir le péritoine est incontestable dans toutes les opérations que l'on pratique sur l'abdomen. Il suffit du reste de comparer les résultats obtenus par le procédé de Littre et par le mien pour s'en convaincre. J'ai opéré neuf fois par mon procédé, six fois sur l'adulte et trois fois sur les enfans; deux malades sont morts dix jours après, sans avoir éprouvé d'accidens de péritonite, tandis que presque toujours, après le procédé de Littre, il s'est développé, au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, des accidens inflammatoires du côté de cette membrane séreuse, et cela se conçoit puisque, par ce procédé, le péritoine est ouvert deux fois.

Une autre preuve plus concluante et qui prouve mieux encore le danger d'ouvrir le péritoine m'est fournie par J. L. Petit. Ce grand chirurgien raconte franchement qu'il a tenté trois fois, presque malgré lui, la cure radicale des hernies par la simple incision du sac. Deux malades sont morts de péritonite, et le troisième lui a donné de sérieuses inquiétudes; il cite aussi quelques autres faits analogues.

Il est donc incontestable qu'il y a un très grand avantage à pouvoir éviter la lésion du péritoine dans une pareille opération. Aussi je pense que le procédé que j'emploie sera définitivement admis dans la science, et j'espère que désormais les praticiens au lieu de laisser mourir les malades affectés d'obstruction du gros intestin; au lieu de dire que la maladie est au-dessus des ressources de l'art; au lieu d'éviter de se donner la peine de recourir à un moyen hardi..., j'espère, dis-je, que les chirurgiens s'empresseront de pratiquer l'opération que je propose, puisqu'il est démontré maintenant qu'on peut éviter d'ouvrir le péritoine.

En comparant l'opération de l'anus artificiel avec l'opération de la hernie étranglée, on arrive à des rapprochemens utiles.

On trouve d'abord que les indications sont les mêmes, puisque ces deux opérations sont réclamées par une occlusion du tube digestif.

L'intervention de la chirurgie est indispensable dans les deux cas, c'est le *sine qud non*, c'est vivre ou mourir. On est donc aussi blâmable dans un cas que dans l'autre, en laissant succomber des malades dont la vie peut être prolongée par une opération.

Dans la hernie étranglée, il n'y a pas de temps à perdre; la gangrène arrive vite quelquefois, mais cet état peut amener la guérison du malade par l'établissement spontané d'un anus artificiel qu'on cherche à fermer plus tard.

Pour l'étranglement interne, on ne doit guère compter sur les res-

sources de la nature, car il est bien rare que l'obstacle cède ou qu'il s'établisse une voie latérale.

Relativement à l'opération, celle de la hernie est mieux indiquée, moins embarrassante; l'espace dans lequel on doit agir est bien limité, bien circonscrit, tant par la tumeur que par l'ouverture qui a livré passage à l'intestin.

L'entérotomie lombaire présente beaucoup plus d'incertitudes; elle n'est pas aussi nettement indiquée ni aussi urgente; l'opération est en elle-même plus embarrassante sans aucun doute; mais elle est moins dangereuse que celle de la hernie étranglée parce qu'on n'ouvre pas le péritoine.

En résumé, je crois avoir démontré par la triple voie de l'expérimentation, de l'anatomie chirurgicale pathologique et du résultat heureux de mes opérations, que le fait de la possibilité d'ouvrir le colon lombaire sans pénétrer dans le péritoine est maintenant établi d'une manière incontestable; aussi ai-je appris avec une grande satisfaction que déjà l'entérotomie lombaire avait été tentée avec succès par plusieurs chirurgiens français et étrangers.

Cette opération, qui est aussi indispensable que celle de la hernie étranglée, puisque l'une s'applique aux étranglemens internes, tandis que l'autre s'applique aux étranglemens externes, me paraît devoir être placée parmi les opérations les plus importantes que les chirurgiens sont appelés à pratiquer, lorsque toutes les autres ressources de l'art ont été employées infructueusement.

[VIII]

ENTÉROTOMIE LOMBAIRE

ENTÉROTOMIE LOMBAIRE

OBSERVATION PAR J.-Z. AMUSSAT

Artésie congéniale du rectum à deux centimètres au-dessus d'un anus bien conformé, chez un enfant du sexe masculin. — Tentatives infructueuses pour établir le cours des matières fécales. — Établissement d'un anus artificiel dans la région lombaire gauche.

Le 20 mai 1852, M. le docteur Vigny me fit appeler pour un enfant du sexe masculin, né le 18, qui n'avait pas rendu de méconium, et chez lequel on avait constaté une oblitération du rectum à 2 centimètres au-dessus de l'anus, bien conformé du reste. Après avoir examiné cet enfant, bien développé et offrant les apparences de la plus belle santé, je mesurai avec une sonde la hauteur à laquelle se trouvait l'obturation, puis avec le petit doigt je cherchai à sentir le cul-de-sac terminal de l'intestin ; mais, après un examen minutieux, il me fut impossible de trouver la moindre fluctuation. L'urine avait une couleur brune, elle tachait les linges, mais elle ne contenait aucune trace de méconium. Comme cet enfant était très-fort et que son ventre n'était pas encore distendu, je proposai d'attendre jusqu'au lendemain, avant de pratiquer une opération destinée à établir le cours des matières intestinales par la voie naturelle.

Le 21, MM. Vigny et Le Vaillant, ainsi que mon fils, se joignirent à moi pour reconnaître si l'intestin pouvait être senti au-dessus de l'oblitération ; mais ce nouvel examen ne fut pas plus heureux que celui de la veille. Toutefois des accidents graves commençaient à se manifester, le ventre se ballonnait, et quelques vomissements ayant eu lieu, il ne me parut plus possible de différer l'opération. Quoiqu'il n'y eût pas de certitude de rencontrer l'intestin dans le bassin, je pensai, néanmoins, qu'il fallait commencer par chercher à établir le cours des matières intestinales par l'anus.

L'enfant étant placé sur une table, les jambes relevées et maintenues, la tête soutenue par une garde, qui de temps en temps devait lui mettre dans la bouche son doigt trempé dans de l'eau sucrée, je commençai par inciser l'anus en arrière, puis je divisai dans ce point tous les tissus pour mettre à découvert la cloison obturatrice. Je la saisis alors avec un tenaculum, et je l'incisai en arrière assez largement pour me permettre d'introduire très-facilement mon petit doigt, et de chercher à sentir le cul-de-sac intestinal distendu par le méconium. N'ayant rien trouvé, je continuai l'incision des tissus en arrière et en haut, et je remontai ainsi dans le tissu avec l'espérance de rencontrer l'intestin. Pendant ces recherches, deux artères assez fortes, qui donnaient beaucoup, furent tordues. J'arrivai à pénétrer dans le bassin de toute la longueur de mon petit doigt, sans rencontrer le cul-de-sac intestinal, sans percevoir aucune espèce de fluctuation, ce qui fut aussi constaté par MM. Vigny, Le Vaillant, et mon fils.

A cette hauteur devais-je continuer au hasard mes recherches dans cette voie ? Je ne le pensai pas ; dès lors il ne me restait plus que deux partis à prendre : attendre encore, ou bien établir un anus artificiel dans la région lombaire gauche. Après en avoir délibéré avec les médecins qui m'assistaient, prenant en considération le danger de nouvelles

recherches, la marche rapide des accidents, l'extrême faiblesse amenée par la douleur et la perte de sang, il fut décidé que l'opération lombaire devait être pratiquée de suite. L'enfant fut alors placé sur le côté droit, de manière à faire bomber le côté gauche. Après avoir bien pris mes dimensions, reconnu la crête de l'os des iles et la dernière fausse côte, je pratiquai une incision transversale de 6 centimètres d'étendue, dans l'espace compris entre les deux portions osseuses que je viens de signaler, en avant de la masse commune des muscles sacro-lombaires. Je disséquai avec précaution les tissus, et j'arrivai à l'aponévrose, que j'incisai avec beaucoup de ménagements ; au-dessous je trouvai le tissu cellulaire graisseux pelotonné, j'en excisai une petite portion avec précaution, sachant qu'il devait recouvrir le rein. Je mis ainsi à découvert un corps dur, de couleur rougeâtre, et en le touchant successivement avec le bout du doigt et un gros stylet boutonné, je constatai, par sa résistance sans fluctuation, que c'était bien le rein. Guidé par cet organe, j'agrandis la plaie en avant, et j'incisai les tissus par petits coups de bistouri très-ménagés, pour mettre à nu le côlon dans le point où il est dépourvu de péritoine. Je vis bientôt un tissu de couleur rougeâtre et assez mou, mais ne donnant pas la sensation d'un canal rempli par des gaz, des liquides ou des matières solides. Était-ce l'intestin ou une partie de l'épiploon ? Comme j'étais convaincu de ne pas avoir ouvert le péritoine, je ne m'arrêtai pas beaucoup à cette dernière supposition. Ce tissu était-il une portion du côlon ? Jusqu'alors le doute était permis, car on ne lui trouvait pas cette sensation que donne un corps distendu et élastique. Néanmoins je dégageai ce tissu par la dissection, et l'ayant saisi avec deux tenaculum, je donnai un petit coup de ciseau entre les deux instruments, il sortit des gaz ; dès lors plus de doute, c'était bien l'intestin. Alors j'agrandis cette petite ouverture ; des gaz et des matières bilieuses en sorti-

rent en grande quantité, sans mélange apparent de méconium. Je retirai mes tenaculum, auxquels je substituai deux pinces à torsion, et les bords de l'intestin ayant été écartés, mon fils les fixa au pourtour des téguments, par plusieurs points de suture simple, de manière à faire saillir l'éperon et à s'opposer, autant que possible, au passage des matières fécales du bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur (1). Un autre point de suture fut pratiqué à la peau, dans le point où le rein avait été mis à découvert. L'enfant, qui était très-pâle, très-affaibli, fut nettoyé, placé dans des linges blancs, et après l'avoir réchauffé, on le remit à sa nourrice. Quelques heures après il put prendre le sein.

Le soir, l'enfant était beaucoup mieux que je ne l'espérais, après les deux opérations qu'il avait subies. Le nuit suivante fut bonne ; il continua à téter, et le lendemain il était déjà moins pâle, et les matières sortaient facilement par l'anus artificiel.

Le 23, de nouvelles tentatives d'exploration furent faites par l'anus normal, dans le but de s'assurer encore si on ne sentirait pas le cul-de-sac intestinal, mais ce fut toujours en vain.

Les jours suivants l'état de l'enfant continua à s'améliorer ; malgré la perturbation apportée par le décollement de la plaie de la région anale, il tétait avec avidité, les matières rendues avaient acquis la consistance et la couleur normales. Les fils qui avaient servi à fixer l'intestin ne tenaient plus qu'à la peau, l'ouverture artificielle s'épanouissait dans les efforts comme un anus normal.

Le 27, une consultation eut lieu avec MM. J. Cloquet, Velpeau et Jobert, pour discuter la question du rétablisse-

---

(1) Plus tard, l'éperon ayant été effacé en partie par l'introduction journalière de la bougie de cire, mon père avait pensé à fixer son bord à la lèvre inférieure de la plaie. A. Amussat.

ment du passage des matières fécales par l'anus normal. Après une exploration longue et minutieuse, et une discussion approfondie sur les chances favorables et défavorables, il fut décidé que pour le moment il fallait surseoir à toute opération nouvelle.

Quelques jours après, dans la crainte que l'anus artificiel ne vînt à se rétrécir, M. Vigny et moi plaçâmes dans cette ouverture des bougies de cire, qui pénétraient jusque dans le côlon transverse.

Dans le courant du mois d'août, il se forma des bourrelets muqueux autour de l'anus artificiel, et comme ils commençaient à gêner le passage des matières, nous les cautérisâmes avec le nitrate d'argent solide et, quelques jours après, plus fortement avec un bâton de caustique Filhos. Nous touchâmes aussi avec le même caustique les bords de l'ouverture artificielle en haut et en bas.

Le 1er décembre 1852, l'enfant était âgé de plus de six mois, il était gai et d'une excellente santé, son développement ne laissait rien à désirer, et toutes ses fonctions s'accomplissaient avec la plus grande régularité. L'anus artificiel constituait une large ouverture, à bords vermeils, qui s'épanouissaient dans les efforts pour la défécation ou les cris. Le bouchon que l'on plaçait dans cette ouverture était plus gros que le doigt indicateur, il entrait et sortait facilement, et les matières fécales étaient rendues sans la moindre gêne. Quant au petit cul-de-sac anal, il était dans le même état qu'au moment de la naissance. A cette époque, l'enfant quitta Paris.

Au mois d'août 1856 (1), le père de l'enfant, éloigné de Paris, en donnait des nouvelles dans les termes suivants :

« Il est naturellement bien délicat et demande une atten-

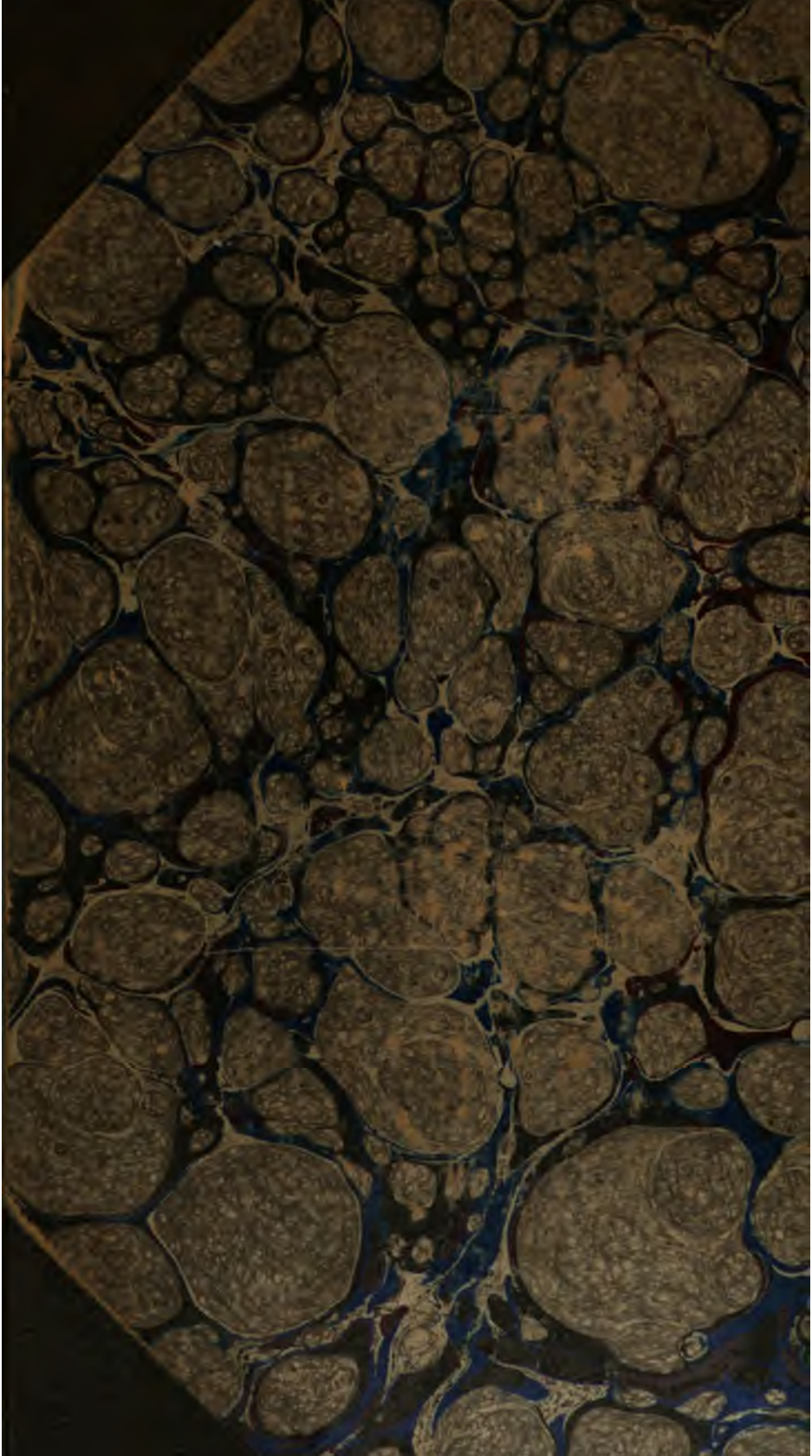
(1) Postérieurement au décès de M. Amussat.

tion continuelle, mais enfin il existe, et personne, à le voir, ne peut se douter de son infirmité. Sauf quelques petites indispositions tout à fait étrangères à son état, il n'a jamais été malade ; il est alerte, gai comme tous les autres enfants, et il semble vraiment que la Providence ait voulu le dédommager, en lui donnant une rare intelligence et une ravissante figure. »

Enfin, au mois de juin 1859, M. le docteur Alphonse Amussat a eu occasion de revoir le jeune enfant opéré sous ses yeux par son père en 1852. Il était alors grand, bien portant, et rien, dans la santé générale et dans son aspect extérieur, ne décélait l'opération qu'il avait subie. Les fonctions se faisaient très-régulièrement par l'anus artificiel lombaire, que la mère tenait ouvert, en y plaçant à demeure une bougie de cire, du diamètre d'une pièce de 1 franc, maintenue par une ceinture élastique.

(Extrait du *Bulletin général de thérapeutique*, n° du 30 octobre 1861.)

Evreux, A. Hérissey, imp. — 668.

PARIS
IMPRIMERIE MOQUET
rue des Fossés-Saint-Jacques, 11.

COUNTWAY LIBRARY
HC 1Y4F /